WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY
POTRZEBOM
LEKARZA
PRAKTYKA
I PRZEGLĄDOWI
FRANCUSKIEGO
PIŚMIENNICTWA
LEKARSKIEGO

REVUE MENSUELLE
CONSACRÉE A LA
LITTÉRATURE
MEDICALE
FRANÇAISE
ET AUX BESOINS
DU PRATICIEN

POD REDAKCJĄ
DOC. DR E. REICHER

WARSZAWA 1938
NUMER 1
STYCZEŃ

WYD. XII R.

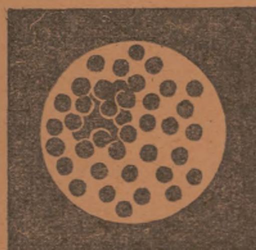
ACECOLIN SOLUTIO

stabilizowany chlorek acetylocholiny w bezwodnym roztworze
ampułki po 0,02, 0,05, 0,1 i 0,2 g

NADCIŚNIENIE TĘTNICZE
KURCZE TĘTNICY SIATKÓWKI
KURCZE TĘTNICZEK
KOLKA OŁOWICZA
ZAPALENIE TĘTNIC
CHROMANIE PRZESTANKOWE
DUSZNICA BOLESNA
ZESPÓŁ RAYNAUD
ZGORZELE
PORAŻENIA POŁOWICZE
ZABURZENIA TROFICZNE
NADKWAŚNOŚĆ
ATONIA PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO

Wstrzykiwania niebolesne. Dawka: 0,1 — 0,6 g

CARBO TISSOT



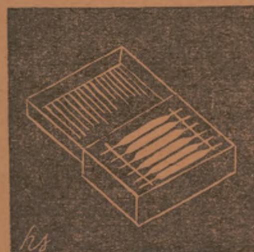
anyżowane ziarenka węgla topolowego z naftolem i kwasem będźwinowym

NADMIERNA FERMENTACJA JELITOWA, ZAPARCIA NAWYKOWE, ZATRUCIA POKARMOWE, BĘBNICA

DAWKOWANIE

1 do 2 łyżeczek od herbaty wieczorem po jedzeniu lub przed snem. Połykać nie rozgryzając!

NERVOCITHIN



AMPUŁKI: *strychnina, żelazo, arsen, fosfor i fluor.*
DRAŻETKI: *żelazo, arsen, fosfor, mangan i fluor*

NEURASTENIA, PRZEMĘCZENIE UMYSŁOWE, REKONWALESCENCJA, GRUŹLICA POCZĄTKOWA

3 razy dziennie po 1 do 3 drażetek po jedzeniu wzgl. 1 do 2 ampułek dziennie podskórnie lub śródmięśniowo

CHEM. FABR. ZAKŁADY I. NASIEROWSKI, WARSZAWA, KALISKA 9

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK, POŚWIĘCONY POTRZEBOM LEKARZA PRAKTYKA I PRZEGLĄDOWI FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA LEKARSKIEGO
REVUE MENSUELLE CONSACRÉE À LA LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE ET AUX BESOINS DU PRATICIEN
POD REDAKCJĄ DOC. DR MED. E. REICHER.

ROK XII. WARSZAWA, STYCZEŃ 1938 R. NUMER I

P R A C E O R Y G I N A L N E

ZABIEGI OPERACYJNE W LECZENIU JAM GRUŹLICZYCH W PŁUCACH

podał

Dr WŁADYSŁAW OSTROWSKI
docent Uniwersytetu J. P.

Ogólna charakterystyka zabiegów stosowanych w leczeniu gruźlicy płuc.

Leczenie gruźlicy, jak długo nie znajdziemy się w posiadaniu środka swoistego, dążyć winno w pierwszym rzędzie do pobudzenia i wzmocnienia sił żywotnych ustroju, należy więc w zasadzie do medycyny ogólnej. I tylko w poszczególnych przypadkach, gdy zmiany są dostatecznie ograniczone, a przy tym umiejscowione odpowiednio, mogą się wyłonić wskazania do zastosowania — obok leczenia ogólnego — zabiegów chirurgicznych. Zadanie tych zabiegów bywa dwojakiego rodzaju. Polega ono bądź na bezpośrednim zaatakowaniu i zniszczeniu ogniska chorobowego, bądź też na celowym stworzeniu takich warunków, w których ognisko chorobowe łatwiej i szybciej może się zagoić. Stąd wynikałby zasadniczy podział tych zabiegów na anatomiczno - chirurgiczne i fizjologiczno - chirurgiczne. Przykładem zabiegu anatomiczno - chirurgicznego, zabiegu o działaniu bezpośrednim, jest operacja wycięcia gruźliczo zmienionego stawu albo wycięcie nerki w gruźlicy tego narządu. Jako przykład zabiegu fizjologiczno - chirurgicznego, posiadającego działanie lecznicze pośrednie wymienić znów można usztywnienie kręgosłupa za pomocą wszczepu kostnego, zespolenie jelita krętego z poprzecznicą w pewnych przypadkach gruźlicy kątnicy, unieruchomienie chorego stawu w opatrunku gipsowym itd.

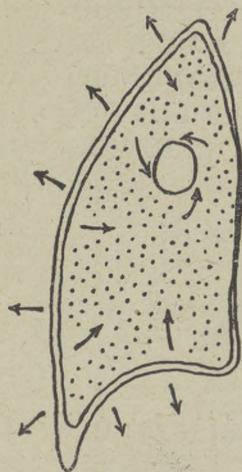
W leczeniu jam gruźliczych w płucach postępowanie chirurgiczne doszczętne, polegające na wycięciu chorej części płuca, nie zyskało, jak dotąd praw obywatelstwa. Próby tego rodzaju, rozpoczęte jeszcze w 1891 roku przez jednego z twórców współczesnej chirurgii płucnej T u f f i e r a, a podejmowane kilkakrotnie później i nawet w czasach ostatnich, kończyły się zazwyczaj zupełnie niepomyślnie. To też zadaniem rozmaitych obecnie stosowanych w leczeniu jam gruźliczych zabiegów chirurgicznych jest tylko pośrednie oddziaływanie na rozwój zmian chorobowych już to w drodze usuwania czynników utrudniających gojenie się jamy, już to przez stwarzanie warunków, które procesom gojenia sprzyjają. Należą więc one do kategorii zabiegów fizjologiczno - chirurgicznych.

-157

Uzasadnienie leczenia operacyjnego jam gruźliczych w płucach.

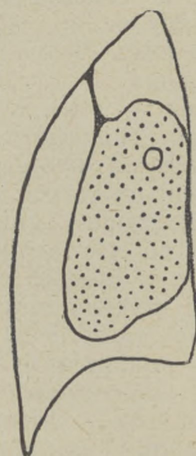
Przed bliższym zapoznaniem się z tymi zabiegami nieodzownym wszakże wydaje

się ustalenie konieczności ich stosowania, ponieważ do rękoczynów krwawych nigdy, jak wiadomo, nie pozbawionych pewnego niebezpieczeństwa przystępujemy jedynie wtedy, gdy są one nam przez te czy



Rys. 1.

inne okoliczności wyraźnie nakazane. Uciekanie się do operacyjnych sposobów leczenia jam gruźliczych w płucach usprawiedliwia szereg okoliczności. Przede wszystkim jamy te nawet wtedy, gdy przebieg jest łagodny bez wyraźnie ujemnego wpływu na całość ustroju, przedstawiają stałe niebezpieczeństwo: 1) jako źródło zakażenia swoistego dla innych zdrowych dotąd części narządu oddechowego oraz dla narządów innych, 2) jako źródło krwotoków, 3) a poza tym, jako teren, gdzie dość łatwo dojść może do zakażenia wtórnego. Przy tym niebezpieczeństwo jamy gruźliczej w płucu, jako rozsadnika materiału zakaźnego swoistego, roztacza się również na otoczenie chorego osobnika, posiada więc cechy nie tylko indywidualne ,ale i społeczne. Inną okolicznością, nakazującą stosowanie leczenia operacyjnego, jest ogólnie znana wybitnie mała skłonność tych jam do samoistnego zagojenia przez wypełnienie się ziarniną prawidłową i zabliźnienie. Przyczyn tego zjawiska upatrywać należy w całym szeregu czynników, z których wymienić wypada w pierwszym rzędzie stały uraz oddechowy, jakiemu podlega zawierający jamę odcinek płuca, co utrudnia przewagę w tym miejscu sił obronnych ustroju nad niszczącym działaniem prątków. Czynnikiem nie mniej ważnym jest niemożliwość całkowitego wypełnienia ziarniną jam posiadających większe rozmiary, oraz przeszkody, jakie napotykają korzystne dla ustroju procesy sprzyjające pomniejszeniu jamy. Mam tu na myśli proces kurczenia się tkanki włóknistej, powstałej w ścianach jamy i w jej najbliższym otoczeniu, jako wyraz skłonności zmian gruźliczych w płucu do samozagojenia. Działająca dośrodkowa siła (rys. 1), z jaką wspomniana tkanka włóknista przez swą przyrodzoną skłonność do kurczenia się dąży do pomniejszenia objętości chorej części płuca i zawartej w niej jamy, przewyższa niekiedy, jak wiadomo, i to nawet znacznie, działającą również dośrodkowo siłę, z jaką płuco zdrowe dąży do spadnięcia się na skutek swej elastyczności. Tym siłom dośrodkowym, pod wpływem których jama mogła by przestać istnieć albo conajmniej znacznie się zmniejszyć, przeciwdziałają jednak siły odśrodkowe, prowadzące do rozciągania jamy. Rozciąganie jamy wynika z tego, że płuco znajduje się stale pod przymusem dostosowywania swej objętości do pojemności klatki piersiowej. Siły odśrodkowe, powodujące rozciąganie płuca i zawartej w nim jamy, są mniejsze podczas wydechu niż podczas wdechu, górują jednak zazwyczaj nad siłami dośrodkowymi. Z powyższego wynika, że zagojenie jamy gruźliczej wyłącznie siłami natury, bez pomocy zzewnątrz, jest równie mało prawdopodobne, jak samoistne zrośnięcie się przeciętego ścięgna Achillesa u osobnika, będącego stale w ruchu.



Rys. 2.

Wymienione okoliczności, utrudniające gojenie jamy, nie mają miejsca, rzecz prosta, w razie zapadnięcia się płuca, jak to bywa w obecności leczniczej odmy piersiowej (rys. 2). Metoda ta, której powsta-

nie (1890 r.), wiąże sę z nazwiskiem Forlaniniego z Pavii, a zaszczepienie na grunt polski (w latach 1908 — 1912) przypisywane jest Sewerynowi Sterlingowi oraz szkole prof. Alfreda Sokołowskiego, mianowicie Borzęckiemu i Dębińskiemu, ze względu na prostą technikę i niezłożony niezbędny sprzęt jest całkowicie w rękach internistów i do zabiegów ściśle chirurgicznych obecnie nie należy. Polega ona, jak wiadomo, na wprowadzeniu do jamy opłucnej powietrza przez nakłucie klatki piersiowej, przez co objętość chorego płuca znacznie się zmniejsza. W wyniku tego ruchy oddechowe zostają wybitnie ograniczone, a chore tkanki uzyskują niezbędny spokój, co uznać wypada za czynnik pierwszorzędnej wagi w leczeniu spraw zapalnych wszelkiego rodzaju. Szerzenie się zakażenia swoistego z terenu chorego na tkanki zdrowe zostaje w ten sposób utrudnione albo zahamowane całkowicie. Natomiast naturalna skłonność zmian gruźliczych w płucu do samogojenia może teraz wziąć górę nad niszczącym działaniem czynnika chorobotwórczego, czemu sprzyjać będą zachodzące w płucu spadniętym zmiany w krążeniu krwi i chłonki. Odpowiednie badania wykazały mianowicie, że w płucu zapadniętym ilość krwi krążącej zmniejsza się przy jednoczesnym zastoju, co wpływa dodatnio na rozwój tkanki łącznej w ognisku chorobowym. Podobnie korzystne znaczenie ma zwolnienie prądu i zastój chłonki. Zapadnięcie płuca, spowodowane działaniem sił dośrodkowych będących wyrazem sprężystości tkanki płucnej prowadzi poza tym do doraźnego zmniejszenia się jamy. Doraźnemu i ciągle postępującemu zmniejszeniu się jamy sprzyja kurczenie się tkanki łącznej w terenie chorobowym, czemu już nie stoją na przeszkodzie omówione poprzednio czynniki powodujące rozciąganie jamy.

Jest rzeczą oczywistą, że gdyby w każdym przypadku jamy gruźliczej można było uzyskać zapadnięcie się płucne za pomocą odmy piersiowej, potrzeba zabiegów krwawych prawdopodobnie nie zachodziła by zupełnie. Tymczasem, jak wykazuje doświadczenie, zawierająca jamę część płuca, albo nawet płuco całe bardzo często bywa przyrośnięte do ściany klatki piersiowej i odma jest bądź w ogóle niewykonalna, bądź, jako nie obejmująca dotkniętego sprawą chorobową terenu, — nieskuteczna.

Zabiegi operacyjne, stosowane w leczeniu jam gruźliczych w płucach.

Istota i nazwa zabiegu	Bezpośredni cel zabiogu
1. Rozdzielenie zrostów wewnątrzpłucnowych (pneumonolysis, apicolysis intrapleuralis. 2. Uwolnienie szczytu płuca od zrostów ze ścianą klatki piersiowej drogą zewnątrzopłucnową (apicolysis extrapleuralis). 3. Odma zewnątrzopłucnowa (pneumothorax extrapleuralis). 4. Plomba parafinowa zewnątrzopłuc. (paraffinothorax extrapleuralis).	Umożliwienie zastosowania odmy piersiowej albo stworzenie jej namiastki w sztucznie wytworzonej przestrzeni zewnątrzpłucnowej.
5. Przerwanie ciągłości nerwu przeponowego (phrenicotomia, phrenicoexhairesis, resectio n. phrenici). 6. Przecięcie mięśni pochyłych (scalenotomia). 7. Przerwanie ciągłości nerwów międzyżebrowych (neurectomia intercostalis). 8. Wycięcie najbardziej ruchomych podczas oddychania części żeber (operatio plastica thoracis antero-lateralis).	Ograniczenie rozległości ruchów oddechowych ścian klatki piersiowej po stronie chorej.
9. Wycięcie przykręgowych części żeber (operatio plastica thoracis paravertebralis). 10. Wycięcie przymostkowych części żeber (operatio plastica thoracis parasternalis). 11. Wycięcie całkowite 2 górnych żeber (Resectio totalis costae I et II).	Zmniejszenie pojemności klatki piersiowej.

Zagadnienia taktyki i techniki operacyjnej.

Przedstawione wyżej okoliczności, a więc niebezpieczeństwo indywidualne, jakie stanowi jama gruźlicza w płucu dla

chorego ustroju, niebezpieczeństwo społeczne, jakie przedstawia dla otoczenia, nikłe widoki na jej zagojenie samoistne, bardzo często spotykane zrosty wewnątrzopłucnowe, uniemożliwiające opanowanie jej za pomocą odmy piersiowej, sprawiły, że zabiegi chirurgiczne w leczeniu jam gruźliczych w płucach, a zwłaszcza w leczeniu jam szczytowych, którym zrosty wewnątrzopłucnowe towarzyszą niezwykle często, znalazły szerokie zastosowanie. Zabiegi te, podobnie jak odma, mają na celu spowodowanie zapadnięcia płuca całego lub przynajmniej jego części zawierającej jamę. Osiągnięcie tego na drodze chirurgicznej może być przeprowadzone rozmaicie, powstał więc cały szereg sposobów operacyjnego leczenia jam szczytowych, z których bardziej typowe i częściej wykonywane znalazły się w przedstawionym wyżej wykazie. Względnie znaczna liczba tych sposobów nie świadczy bynajmniej, jak to zazwyczaj bywa, o ich małej wartości leczniczej. Każdy z nich oparty jest na uzasadnionym rozumowaniu i celowy w swym założeniu. Jakkolwiek ostateczny cel każdego z poszczególnych zabiegów operacyjnych jest jednakowy, mianowicie likwidacja jamy w płucu, cel bezpośredni bywa rozmaity. Ogólnie biorąc, jedna grupa zabiegów umożliwia zastosowanie zwykłej leczniczej odmy piersiowej, skądinąd niewykonalnej z powodu zrostów wewnątrznopłucnych albo stwarza jej namiastkę w sztucznie wytworzonej przestrzeni zewnątrznopłucnowej. Druga grupa zabiegów wykonywanych już to na nerwach, zaopatrujących mięśnie oddechowe, już to bezpośrednio na tych mięśniach albo na żebrach ma za cel bezpośredni uniemożliwienie rozszerzania się klatki piersiowej podczas wdechu, a przez to zniesienie urazu oddechowego dla chorej tkanki płucnej i osłabienie szkodliwego działania powodujących rozciąganie jamy omówionych wyżej sił odśrodkowych. Inne wreszcie zabiegi prowadzą do bezpośredniego pomniejszenia wymiarów całej połowy albo tylko górnej części klatki piersiowej, a więc również objętości płuca, bądź wyłącznie jego szczytu oraz do doraźnego spadnięcia się zawartej w płucu jamy. Potrzeba całego szeregu metod operacyjnych tłumaczy głównie różnorodność nasilenia i rozległości współistniejących z jamą zmian anatomiczno - patologicznych w płucu, w narządach sąsiednich i odległych oraz niejednakowy przebieg kliniczny cierpienia z rozmaitego stopnia upośledzeniem odporności ustroju. Z zabiegów tych jedne są dość proste w wykonaniu i dobrze znoszone przez chorych, inne natomiast bardziej złożone technicznie i przedstawiające większe niebezpieczeństwo. Rzeczą taktyki chirurgicznej będzie wybór w każdym poszczególnym przypadku tego czy innego sposobu operacyjnego z takim wyrachowaniem, żeby osiągnąć maximum korzyści dla chorego przy minimum ryzyka operacyjnego; rzeczą techniki będzie prawidłowe i zręczne wykonanie najwłaściwszego w danym przypadku zabiegu.

Uwolnienie płuca od zrostów ze ścianą klatki piersiowej drogą wewnętrznopłucnową.

Opis zabiegów stosowanych w leczeniu jam gruźliczych w płucach rozpoczynamy od sposobów operacyjnego uwolnienia płuca od zrostów ze ścianą klatki piersiowej drogą wewnątrz opłucnową (pneumonolysis, wzgl. apicolysis intrapleuralis). Istota i cel zabiegu są jasne: rozdzielając zrosty, przywracamy jamie opłucnej stan anatomiczny mniej lub więcej prawidłowy, w każdym razie taki, że założenie odmy piersiowej staje się wykonalne. Rozdzielanie zrostów może być wykonane bądź w klatce piersiowej zamkniętej bądź w klatce piersowej otwartej. Rozdzielanie zrostów bez szerszego otwierania klatki piersiowej zostało wprowadzone przez szwedzkiego lekarza Jacobaeusa w 1913 roku i znalazło wielu zwolenników. W Polsce pierwszy wykonał tę operację K. Dąbrowski. Zabieg wymaga obecności powietrza w jamie opłucnej, jest więc możliwy w przypadkach zrostów pojedyńczych (Rys. 2), a niewykonalny tam, gdzie opłucna jest zrośnięta na większej przestrzeni. Technika operacji polega na wprowadzeniu do jamy opłucnej przez nakłucie międzyżebrza specjalnego instrumentu zwanego pleuroskopem albo torakoskopem, podobnego w swej budowie do cystoskopu, którym badamy pęcherz moczowy. Pleuroskop zaopatrzony jest na swym końcu w lampkę, co pozwala dość dokładnie rozpatrzeć się w jamie opłucnowej oraz w umiejscowieniu i charakterze zrostów. Przecięcie zrostu wykonane zostaje za pomocą pętli galwanokaustycznej albo noża diatermicznego wprowadzonych przez nakłucie ściany klatki piersiowej w innym miejscu, jeżeli sam pleuroskop nie jest za-

opatrzony w przyrząd do przecinania. Operacja jest tym łatwiejsza i bezpieczniejsza, im mniej liczne zrosty, im są one cieńsze i dłuższe. Również umiejscowienie zrostu na bocznej powierzchni płuca bardziej zachęca do zastosowania omawianego zabiegu niż umiejscowienie zrostu z tyłu albo z przodu, a zwłaszcza w górze szczytu, gdzie dostęp narzędzi jest trudniejszy. Niebezpieczenstwa związane z zabiegiem zależą głównie od tego, że w zrostach nawet cienkich może się znajdować tkanka płucna albo naczynia krwionośne, w wyniku czego zdarzyć się może krwotok lub co bywa częściej — zakażenie opłucnej. Powikłaniom tym udaje się zapobiec w dużym stopniu, oddzielając zrost tuż przy ścianie klatki piersiowej najlepiej w warstwie między opłucną ścienną a powięzią śródpiersiową.

Wobec tego, że jamom, zwłaszcza szczytowym względnie rzadko towarzyszą zrosty opłucnej pojedyńcze, cienkie i długie, natomiast przeważnie zrosty szerokie, płaszczyznowe, a przy tym nieraz umiejscowione niekorzystnie, operacja Jacobaeusa znajduje zastosowania tylko w poszczególnych przypadkach. U większości chorych rozdzielenie zrostów wewnętrznopłucnowych wymagałoby uprzedniego otwarcia klatki piersiowej. Tego rodzaju zabiegi zapoczątkowane zostały około 1910 roku przez chirurga amerykańskiego Toreka i niemieckiego Sauerbrucha, a wykonywane później i w czasach ostatnich przez szereg chirurgów europejskich i amerykańskich. Klatkę piersiową otwiera się odpowiednio szeroko w zależności od umiejscowienia zrostów od tyłu lub od przodu; przeważnie wypada przy tym wyciąć kawałek żebra. Zrosty zostają rozdzielone ręką, nożyczkami bądź nożem zwykłym albo elektrycznym tuż przy opłucnej ściennej albo w warstwie między opłucną a powięzią śródpiersiową co chroni przed uszkodzeniem płuca. Krwawienie musi być dokładnie opanowane. Otwór operacyjny w klatce piersiowej zostaje następnie dokładnie zaszyty, aby stworzyć warunki dla utrzymania leczniczej odmy piersiowej, którą następnie w miarę potrzeby wypada uzupełniać.

Operacje te, mimo udoskonaleń technicznych, uznać należy za trudne i dość niebezpieczne. Już otwarcie klatki piersiowej i odnalezienie właściwej warstwy, jeżeli opłucna w okolicy cięcia powłok jest zarośnięta, może nastręczyć niemałe trudności i doprowadzić do uszkodzenia miąższu płucnego. W przypadkach rozległych zrostów bliznowatych chirurg już po wejściu do właściwej warstwy łatwo może ją zgubić i spowodować trudny do opanowania krwotok z płuca. Wtrząs operacyjny bywa niekiedy bardzo znaczny; w jamie opłucnej z reguły zbiera się po zabiegu płyn wysiękowy skłonny do przekształcenia się w ropę, Zamknięcie rany w ścianie klatki piersiowej tak szczelne, żeby powietrze przez nią się nie przedostawało, nastręczać może duże trudności i rozedma podskórna jest po operacji zjawiskiem pospolitym. Korzyści w następstwie zabiegu przeważnie nie usprawiedliwiają wymienionych niebezpieczeństw, a zabieg sam przez się na gojenie jamy w płucu nie wpływa a jedynie umożliwia założenie leczniczej odmy piersiowej, ta zaś w takich przypadkach jest bardziej skłonna do powikłań i nie rokuje powodzenia w tej mierze, co odma w jamie opłucnej prawidłowej. Rzecz prosta, że trudności techniczne i stopień niebezpieczeństwa zależą w pierwszym rzędzie od rozległości i charakteru zrostów. W przypadkach zrostów nielicznych i cienkich, gdy przy tym przed operacją udało się do jamy opłucnej wprowadzić powietrze, rozdzielanie zrostów pod kontrolą oka nieuzbrojonego może być zabiegiem łagodnym, ale w tych razach cel udaje się zazwyczaj osiągnąć bez otwierania jamy opłucnej, stosując oryginalny albo zmodyfikowany sposób Jacobaeusa.

Uwolnienie płuca od zrostów ze ścianą klatki piersowej drogą zewnątrzopłucnową.

Uwalnianie płuca ze zrostów za pomocą otwarcia klatki piersiowej wskazane bywa z powyższych powodów wyjątkowo rzadko, zwłaszcza, że w wielu razach może być zastąpione przez podobny zabieg wykonany drogą zewnątrzopłucnową, przez t. zw. pneumonolysis, względnie apicolysis extrapleuralis. Pneumonolizę, względnie apikolizę zewnątrzopłucnową wprowadził do lecznictwa T u f f i e r jeszcze w 1891 r. Polega ona jak to już z samej nazwy wynika, na oddzieleniu płuca, bądź tylko jego szczytu od ściany klatki piersiowej w warstwie między opłucną ścienną a powięzią śródpiersiową (rys. 3). Również część szczytu przyśrodkowa zostaje zazwyczaj oddzielona od śródpiersia. Do właściwej jamy opłucnej, zarośniętej na większej czy mniejszej przestrzeni, chirurg podczas za-

biegu nie wchodzi, co w dużym stopniu zmniejsza niebezpieczeństwo operacji. Zabieg ten stosowany bywa niemal wyłącznie w jamach szczytowych. Dostęp do szczytu płuca utorować można sobie od przodu, od tyłu albo z boku, wypada przy tym zazwyczaj dokonać wycięcia kawałków jednego albo paru górnych żeber.

Oddzielony od ściany klatki piersiowej i od śródpiersia szczyt płuca wraz z pokrywającymi go obu listkami opłucnej zapada się. W klatce piersiowej powstaje sztucznie wytworzona przestrzeń zewnątrzopłucnowa, wypełniona bezpośrednio po operacji powietrzem i pewną ilością płynu surowiczokrwistego który się zbiera w następstwie urazu tkanek oraz otwarcia drobnych



Rys. 3.

naczyń chłonnych i krwionośnych. Zapadnięcie szczytu płuca utrzymuje się jednak po zabiegu tylko przez czas krótki, ponieważ powietrze i płyn surowiczo-krwisty, o ile nie ulegnie zakażeniu, zostają wchłonięte, odłuszczona opłucna ścienna stopniowo wraca na dawne miejsce i ponownie przyrasta do żeber, a szczyt płuca ulega rozprostowaniu.

Odma zewnątrzopłucnowa.

Aby utrwalić lecznicze działanie apikolizy zewnątrzopłucnowej i utrzymać szczyt płuca w stanie spadnięcia przez czas wystarczająco długi dla zagojenia jamy, zaproponował T u f f i e r wytworzoną operacyjnie przestrzeń zewnątrzopłucnową wypełniać azotem (rys. 3). a w miarę tego jak gaz będzie się wchłaniać, wprowadzać przez nakłucie klatki piersiowej nowe jego ilości. W ten sposób leczył T u f f i e r jeszcze przed 1910 rokiem 3 chorych. Stosowanie odmy zewnątrzopłucnowej nie znalazło jednak na owe czasy zwolenników. Dopiero przed 2 laty G r a f i S c h m i d t w Niemczech powrócili do tej metody. Chirurdzy ci apikolizę wykonują od tyłu, wycinając kawałek IV żebra długości 12 cm. Trzymając się powięzi śródpiersiowej oddzielają oni ręką i nożyczkami szczyt płuca od ściany klatki piersiowej i od śródpiersia na bardzo dużej przestrzeni, bo wytworzona przez nich operacyjnie jama zewnątrzopłucnowa wypełnia całą górną część klatki piersiowej, sięgając poziomu III międzyżebrża od przodu, szyi, VII żebra do tyłu a przyśrodkowo - wnęki płuca. Otwór w ścianie klatki piersiowej zostaje szczelnie zaszyty, przy czym najgłębszą warstwę stanowi okostna wyciętego kawałka żebra wzmocniona uszypułowanymi płatami okostnej pobranymi z żeber sąsiednich. Już po paru dniach należy przystąpić do uzupełnienia powietrza w jamie zewnątrzopłucnowej w celu utrzymania odmy przez czas pożądany, co trwać winno szereg miesięcy, a przeważnie nawet parę lat.

Metoda jest zbyt mało wypróbowana, aby można było wypowiedzieć się stanowczo o jej wartości. Przyjąć wszakże należy pod uwagę, że bardzo rozległe uwolnienie szczytu płuca od ściany klatki piersiowej i od śródpiersia niejednokrotnie napotyka na takie trudności, że zabiegu do końca doprowadzić nie można. Liczyć się również należy z szeregiem powikłań, jakie mogą wystąpić jeszcze podczas wykonywania zabiegu (np. uszkodzenie płuca albo śródpiersia) albo wkrótce po zabiegu (zebranie się w jamie zewnątrzopłucnowej większej ilości skrzepów, zakażenie tej jamy). Powikłania tego rodzaju mogą utrudnić albo nawet uniemożliwić utrzymanie odmy zewnątrzopłucnowej, przez co zabieg chybi celu. Z powyższych względów przypuszczać należy, że leczenie jam szczytowych odmą zewnątrzopłucnową nie znajdzie szerszego zastosowania.

Plomba zewnątrzopłucnowa.

Wielu zwolenników zyskał natomiast, zastosowany po raz pierwszy przez T u f f i e r a w 1910 r., sposób wypełniania operacyjnie wytworzonej przestrzeni zewnątrzopłucnowej tego czy innego rodzaju masą (rys. 4), która po wgojeniu się utrzymywałaby stale szczyt płuca w stanie

spadnięcia. Masą taką, zwaną pospolicie plombą, mogą być tkanki i narządy ludzkie, mogą też nią być ciała martwe.

Jako materiału do plomby tkankowej używano sieci ludzkiej, usuniętych przygodnie tłuszczaków, tłuszczu pobranego z brzucha albo z pośladków chorego, gruczołów sutkowych u kobiet, mięśni piersiowych itd. Stosowanie plomb z tkanek i narządów ludzkich z powodów łatwo zrozumiałych pozostawało bardzo ograniczone. Z ciał martwych próbowano do wykonania plomby wykorzystać gazę, gąbki kauczukowe, wazelinę. W 1913 roku niemiecki chirurg B a e r podał myśl użycia do plomby zewnątrzopłucnowej parafiny. Pomysł okazał się dobrym, ponieważ parafina, jako ciało plastyczne, pozwala na szczelne wypełnienie sztucznie wytworzonej jamy zewnątrzopłucnowej, jest łatwa w wyjaławianiu i w użyciu, wgaja się przy tym dość łatwo pod warunkiem, że zabieg wykonano starannie pod względem jałowości a ranę dokładnie zaszyto warstwowo. Stosuje się parafinę, topniejącą przy t° znacznie wyższej od t° ciała ludzkiego, przez co plomba parafinowa już wkrótce po założeniu nie zmienia swego kształtu. Stosowanie plomby parafinowej (paraffinothorax extrapleuralis) w Polsce zapoczątkował na większą skalę W ł a d y s ł a w O s t r o w s k i w 1931 r.



Rys. 4.

W celu założenia plomby wykonuje się apikolizę zewnątrzopłucnową z cięcia powłok od tyłu, pod pachą albo od przodu. Jedynie od przodu udaje się utorować dostateczny dostęp do szczytu płuca bez wycinania żeber ,a mianowicie w 1 międzyżebrzu. Dotarcie do szczytu z tyłu albo z boku wymaga wycięcia conajmniej jednego żebra (zwykle IV), ponieważ międzyżebrza są tu wąskie. Zakładanie więc plomby od przodu stanowi zabieg mniejszy i prostszy, pozwala na dokładne odtworzenie ciągłości ściany klatki piersiowej, przedstawia wszakże tę ujemną stronę, że daje dostęp tylko do przedniej i bocznej powierzchni szczytu, nie pozwala natomiast na oddzielenie szczytu od śródpiersia. Wynikałoby z tego, że wartość leczniczą plomby, wykonanej od przodu wypada uznać za niższą, niż tam, gdzie jest ona zakładana od tyłu albo z boku po spowodowaniu całkowitego spadnięcia szczytu. Jednak zakładanie plomby od przodu jest chętnie stosowane przez wielu chirurgów, a to dlatego, że operacja ta, o ile waga plomby nie przekracza 200 — 300 gr., nie przedstawia większego niebezpieczeństwa i powikłania należą tu do rzadkości. Z powikłań tych wymienić należy przede wszystkim uszkodzenie płuca albo śródpiersia ,otwarcie jamy w płucu oraz zebranie się w operacyjnie wytworzonej przestrzeni zewnątrzopłucnowej wysięku w większej ilości, co sprzyjałoby zakażeniu łożyska plomby i wydaleniu jej przez ranę nazewnątrz.

Zastosowanie plomby zewnętrznopłucnowej wymaga pewnych warunków miejscowych, ograniczających liczbę przypadków, w których zabieg ten daje się wykonać. Mianowicie opłucna ścienna powinna być przyrośnięta do płuca na całym terenie, gdzie ma być wykonany zabieg. W przeciwnym razie jama opłucnej może zostać otwarta podczas zabiegu, co uniemożliwi założenie plomby, albo w pewien czas po operacji opłucna ścienna może pęknąć pod wpływem ciężaru plomby i plomba wpadnie do jamy opłucnej. Założenie plomby zależy poza tym od odległości jamy gruźliczej. w płucu od ściany klatki piersiowej. Jeżeli jama jest bardzo duża i przylega do opłucnej, łatwo podczas zabiegu może powstać jej otwarcie nazewnątrz. Jeżeli bardzo cienka ściana jamy nie ulegnie uszkodzeniu podczas zabiegu może się ona przerwać później pod wpływem ciężaru plomby. I w jednym i w drugim przypadku przestrzeń zewnątrzopłucnowa ulegnie zakażeniu, plomby albo wcale nie będzie można założyć albo wydali się ona sama, prawie zawsze powstaje w tych razach bardzo trudna do opanowania przetoka płucno - skórna. To też do operacji plomby nie wolno przystępiwać bez upewnienia się, że zrosty okołoszczytowe są dostatecznie roz-

ległe, a warstwa miąższu płucnego dokoła jamy jest dostatecznie gruba.

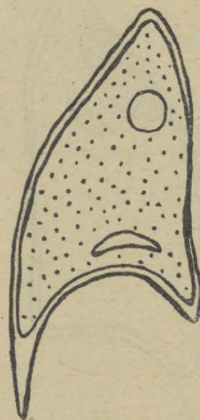
Nawet przy zachowaniu powyższych warunków zastosowanie plomby zewnątrzopłucnowej ogranicza okoliczność, że pozostawianie na stałe w ustroju ciała obcego jest już w zasadzie niepożądane. Uciekamy się zatem do plombowania jedynie wtedy, gdy inne metody nie rokują powodzenia albo z tych czy innych względów są przeciwwskazane.

Zabiegi unieruchamiające klatkę piersiową i płuco.

Na tym kończymy opis zabiegów operacyjnych, mających jako cel bezpośredni umożliwienie zastosowania odmy leczniczej piersiowej w przypadkach zrostów opłucno - opłucnych albo stworzenie namiastki tego zabiegu w sztucznie wytworzonej przestrzeni zewnątrzopłucnowej. Druga grupa zabiegów operacyjnych, stosowanych w leczeniu jam gruźliczych w płucach, ma za zadanie uniemożliwienie klatce piersiowej rozszerzania się podczas wdechu, a co za tym idzie pewne unieruchomienie chorego płuca. W następstwie tych zabiegów oczekujemy znacznego zmniejszenia, utrudniającego gojenie jamy, urazu oddechowego, osłabienia szkodliwych w swym działaniu sił odśrodkowych, a przewagi korzystnych dla chorej tkanki płucnej sił dośrodkowych. Zniesienie zdolności ścian klatki piersiowej po stronie chorej do rozszerzania się podczas wdechu uzyskujemy bądź przez porażenie odpowiednich mięśni oddechowych, bądź przez przecięcie tych mięśni, bądź wreszcie przez wycięcie najbardziej ruchomych podczas oddychania części żeber. Z operacji tego rodzaju najbardziej rozpowszechnione są zabiegi na nerwie przeponowym, powodujące porażenie po stronie właściwej najsilniejszego mięśnia oddechowego — przepony.

Przerwanie ciągłości nerwu przeponowego.

Jak wiadomo, przepona, kurcząc się podczas wdechu, rozszerza klatkę piersiową głównie w kierunku jej osi długiej, tj. w kierunku pionowym, a zależnie od czynności przepony rozszerzanie się klatki piersiowej następuje przez to, że łukowato ku górze biegnące włókna mięsne przepony dążą przy skurczu do przybrania kierunku linii prostych, przy czym obniżają środek ścięgnisty. Rozszerzając klatkę piersiową podczas każdego wdechu i powodując każdorazowo zwiększenie objętości płuc, przyczyniają się ruchy oddechowe przepony do urazu chorej tkanki płucnej i do rozciągania jamy. Wobec tego, że w sferze wpływów przepony znajduje się głównie płat dolny płuca, podczas gdy płat górny pozostaje przeważnie w sferze ruchów oddechowych żeber, wydaje się prawdopodobnym, że normalna czynność przepony jest szczególnie szkodliwa dla jam dolnopłatowych. Ujemny wpływ ruchów przepony na gojenie jam, usadowionych w płacie górnym, nie jest jednak bynajmniej wyłączony, zwłaszcza że szczelina międzypłatowa niejednokrotnie bywa zarośnięta, przez co ruchom przepony poddaje się również zrośnięty z płatem dolnym płat górny.



Rys. 5.

Jak wiadomo, każda połowa przepony ma swoje unerwienie przez właściwy nerw przeponowy. W razie porażenia jednej połowy przepony staje się ona bierną błoną, położenie i ruchy której zależą przede wszystkim od różnic w ciśnieniu wewnątrzopłucnowym i wewnątrzbrzusznym. Normalna przewaga ciśnienia wewnątrzbrzusznego powoduje uniesienie się danej połowy przepony, która zajmuje wtedy położenie wydechowe albo jeszcze wyższe i nie obniża się podczas wdechu (rys. 5). W tych warunkach zakres ruchów oddechowych płuca po stronie porażonej połowy przepony maleje, a objętość jego się zmniejsza pod wpływem działania sił dośrodkowych, będących wyrazem elastyczności tkanki płucnej. W myśl tego, co było wyżej powiedziane, bardziej korzystnym powinien się okazać wpływ porażenia przepony na zmiany jamiste ulokowane w płacie dol-

nym, niż na zmiany w płacie górnym. Wpływ ten polega na zmniejszeniu urazu oddechowego i rozciągania jamy, na ułatwieniu kurczenia się tkanki włóknistej w jej sąsiedztwie oraz na powstaniu korzystnych dla gojenia jamy zmian w krążeniu krwi i chłonki.

S t u e r z pierwszy w 1911 roku podał myśl leczenia zmian chorobowych w płucach na drodze wyłączenia czynności przepony po jednej stronie. Cel ten osiągano początkowo przez przecięcie właściwego nerwu przeponowego na szyi. Wobec tego jednak, że zwykłe przecięcie nerwu nie zawsze powodowało porażenie przepony, zaproponował F e l i x w 1922 r. stosować wyrywanie nerwu przeponowego, a to dla uszkodzenia wchodzących w skład nerwu połączeń, z których, najważniejsze jest połączenie z n. podobojczykowym i n. przeponowym dodatkowym. Wyrywanie n. przeponowego t. zw. phrenicoexhairesis jest obecnie najczęściej w użyciu, choć w pewnych razach, kierując się rozmaitymi względami, stosuje się również przecięcie (phrenicotomia), wycięcie kawałka nerwu (resectio n.phrenici) albo tylko przerwanie fizjologicznej jego ciągłości przez zmiażdżenie nerwu albo nastrzyknięcie go alkoholem. W Polsce pierwszy wykonał zabieg na nerwie przeponowym i ogłosił odpowiednią pracę w 1926 r. J a n Z a o r s k i. Tego czy innego rodzaju operacje na nerwie przeponowym są wykonywane z cięcia powłok na szyi. Przy pewnej wprawie ze strony operującego nie przedstawiają one ani większych trudności, ani niebezpieczeństw, a powikłania związane z tymi zabiegami widywane są rzadko. Tymi właśnie okolicznościami tłumaczy się w dużym stopniu znaczne rozpowszechnienie metody leczenia jam gruźliczych w płucach na drodze porażenia przepony po stronie chorej.

Doświadczenie wykazało, że porażenie przepony doprowadzić może do zagojenia jamy tylko w części przypadków, w innych natomiast metoda ta okazuje się nieskuteczną. Brak pomyślnego wyniku zależeć może od okoliczności rozmaitych, jak to bardzo duże rozmiary jamy, znaczne stwardnienie jej ścian, niedostateczne unieruchomienie chorej części itd. W szczególności mało skuteczne okazuje się porażenie przepony w tych razach, gdy zawierający jamę odcinek płuca znajduje się pod wpływem ruchów oddechowych żeber i mostka, jak to bywa w tych przypadkach, gdy jama jest przyrośnięta do przedniej ściany klatki piersiowej. W takich razach nasuwa się konieczność zniesienia ruchów oddechowych żeber i mostka.

Przecięcie mięśni pochyłych.

Jak wiadomo ruchy żeber, powodujące rozszerzenie klatki piersiowej w wymiarach strzałkowym i czołowym, sprowadzają się do unoszenia się podczas wdechu, przy czym jednocześnie unosi się związany z żebrami mostek. Omawiane ruchy żeber są wynikiem jednoczesnej czynności szeregu mięśni, zwanych ogólnie mięśniami oddechowymi. Do nich należą w pierwszym rzędzie mięśnie pochyłe, podnoszące dwa górne żebra, mięśnie zębate tylne górne, unoszące II, III, IV i V parę żeber, mięśnie żebrowe zewnętrzne i dźwigacze żeber. Poza tym szereg mięśni, jak kapturowe, unoszące łopatkę, równoległoboczne, zębate, przednie, piersiowe i mostkowo - sutkowo obojczykowe, bierze udział przy wykonaniu silnego wdechu.

Poczynając od roku 1926 za przykładem J a c o b o v i c i e g o, C o f f e y a i G r e g o i r e'a próbuje się leczyć pewne przypadki jam szczytowych unieruchomieniem górnych żeber, przecinając w tym celu mięśnie pochyłe po stronie chorej, albo nawet wycinając ich kawałki. Operacje tego rodzaju, stosowane również w Polsce przez W. O s t r o w s k i e g o, poczynając od 1931 r., wykonywane bywają na przednio - bocznej części szyi z cięć rozmaitych, z których najdogodniejszym wydaje się cięcie poprzeczne, mniej więcej równoległe do obojczyka. Zabiegi te nie są trudne, choć wymagają zachowania koniecznej ostrożności ze względu na bezpośrednie sąsiedztwo splotu barkowego i dużych naczyn. Z przecięciem mięśni pochyłych można w razie potrzeby połączyć wycięcie albo wyrwanie nerwu przeponowego, niezbyt rozległą apikolizę zewnątrzopłucnową, albo wycięcie kawałka pierwszego żebra. W ten sposób uzyskuje się nie tylko unieruchomienie szczytu płucnego, lecz również zapadnięcie się jego w mniejszym albo większym stopniu. Łagodny ten i nie przedstawiający większych niebezpieczeństw zabieg operacyjny, jak wykazało doświadczenie, może doprowadzić do spadnięcia się i zagojenia tylko jam posiadających rozmiary nieduże a przy tym umiejscowionych w samym wierzchołku płuca. W wię-

kszości jednak przypadków jam gruźliczych w płucach okazuje się niewystarczającym i przez to jako zabieg samodzielny stosowany bywa tylko wyjątkowo.

Operacje na nerwach międzyżebrowych.

Bardziej dokładne unieruchomienie żeber po stronie chorego płuca daje się osiągnąć przez porażenie nerwów międzyżebrowych, co po raz pierwszy uskutecznił w 1914 roku niemiecki chirurg Friedrich. Na większym materiale wypróbował tę metodę amerykanin John Alexander w latach 1928 — 1935. Operacja zastosowana również przezemnie u paru chorych w klinice Prof. A. Wojciechowskiego, wykonywana bywa z odpowiednio długiego cięcia powłok, biegnącego pośrodku między kręgosłupem a przyśrodkowym brzegiem łopatki i przedłużonego ku górze, a w razie potrzeby również ku dołowi. Przecięte przy tym zostają mięsień kapturowy, częściowo najszerszy grzbietu, zawsze mięśnie równoległoboczne i poza tym — co wybitnie sprzyja unieruchomieniu żeber — mięsień zębaty tylny górny. Trudno dostępny nerw międzyżebrowy pierwszy pozostaje, natomiast nerwy międzyżebrowe 2. — 6. włącznie zostają wycięte na przestrzeni kilku cm w tej części ich przebiegu, która odpowiada kątom żeber. Gdy chodzi o spowodowanie unieruchomienia również żeber dolnych należy porazić nerwy międzyżebrowe 7. do 9. albo 10. włącznie. Tych nerwów jednak się nie wycina a tylko miażdży ich pnie, a to dlatego ,żeby uniknąć trwałego porażenia zaopatrywanych przez te nerwy mięśni brzusznych. Zmiażdżenie można zastąpić wstrzyknięciem do pni nerwowych alkoholu poprzez zwykłe nakłucie powłok (metoda włocha Leotty). Jest to zupełnie możliwe tam, gdzie chodzi o nerwy międzyżebrowe dolne. Natomiast trafienie igłą poprzez skórę i warstwę mięśni do nerwów międzyżebrowych górnych w ich odcinkach przykręgowych nie wydaje się wykonalne ze względów technicznych.

Operacje na nerwach międzyżebrowych mogą być uzupełniane porażeniem przepony albo również przecięciem mięśni pochyłych. Wtedy ruchy oddechowe danej połowy klatki piersiowej ustają całkowicie, obwód jej i pojemność nieco się zmniejsza, zmniejsza się przy tym objętość płuca a powietrzność jego wybitnie maleje. Odpowiednie badania wykazały, że w płucu takim, podobnie jak w obecności odmy piersiowej, występują korzystne dla gojenia jamy, zmiany w krążeniu krwi i chłonki, hamujące rozwój sprawy chorobowej a sprzyjające rozwojowi tkanki włóknistej. Sądząc z dotychczasowych spostrzeżeń wynik leczniczy unieruchomienia klatki piersiowej występuje nie odrazu, jak to bywa po zastosowaniu odmy piersiowej albo jej namiastek,lecz dopiero po upływie kilku tygodni lub też — co widuje się częściej — paru miesięcy. Jest to zrozumiałe, ponieważ zmniejszenie jamy, poprzedzające jej zagojenie, przypisać wypada w tych razach głównie rozrostowi i obkurczaniu się w chorym szczycie tkanki włóknistej, a procesy te przebiegają dość wolno nawet w warunkach najbardziej sprzyjających.

Torakoplastyka przednio - boczna Monaldiego.

Aby osłabić działanie szkodliwych dla chorej tkanki płucnej sił odśrodkowych, znieść czynnik rozszerzania się klatki piersiowej podczas wdechu, a dać pewien spoczynek zmienionym chorobowo odcinkom płuca zaproponował w 1932 roku włoski lekarz Monaldi wycinanie odcinków żeber najbardziej ruchomych podczas aktu oddychania. Zgodnie z wynikami jego badań odcinki żeber, najbardziej ruchome i w największym stopniu przyczyniające się do zwiększania objętości klatki piersiowej, a pośrednio i do urazu oddechowego płuca, leżą na linii skośnej, przebiegającej z góry na dół i przyśrodkowo - bocznie, poczynając od przymostkowej części pierwszego żebra do żebra siódmego w jego części między linią pachową środkową a tylną. Technikę postępowania operacyjnego opracował współpracownik Monaldiego chirurg Ascoli. Zabieg polega na wycięciu podokostnowym wzdłuż wspomnianej linii. zwanej linią dominującą, kilkucentymetrowych kawałków żeber od 2. do 7. włącznie. Pozostałą po wycięciu żeber okostną niszczy się 10% formaliną, a to w tym celu, żeby przeszkodzić odrodzeniu wyciętych kawałków kości. Zależnie od rozległości zmian chorobowych wycięciu podlegają bądź wszystkie wymienione żebra, bądź tylko górne albo dolne. W szczególności w przypadkach jam szczytowych przy niezmienionych pozostałych częściach płuca

można się ograniczyć do operacji na żebrach górnych, przy czym pożądane bywa wycięcie możliwie długiego kawałka żebra pierwszego, przez co jednocześnie zniesiona zostaje czynność dwóch albo wszystkich trzech mięśni pochyłych. Jak wynika z powyższego, do operacji M o n a l d i e g o, wykonanej również u nas na paru chorych w 1936 roku przez T. S o k o ł o w s k i e g o, nazwa torakoplastyki została przywiązana niezbyt szczęśliwie. Przecież operacja ta nie ma bynajmniej na celu zmian kształtu albo wymiarów klatki piersiowej, lecz przede wszystkim zmiany jej czynności fizjologicznej w sensie zniesienia zdolności do rozszerzenia się podczas wdechu i osłabieniu w ten sposób szkodliwego dla płuca urazu oddechowego. Powstałe bezpośrednio po operacji zmiany czynności klatki piersiowej są posunięte tak dalece, że część jej ściany pozbawiona żeber zapada się podczas każdego wdechu czyli wykonuje t. zw. ruchy oddechowe opaczne. Jeżeli operacja na żebrach bywa poprzedzona albo uzupełniona przez porażenie przepony, ruchy oddechowe płuca są znacznie osłabione a powietrzność jego się zmniejsza. Uzyskanemu za pomocą omawianych zabiegów spoczynkowi tkanki płucnej towarzyszą zwykłe w tych razach korzystne dla gojenia jamy zmiany w krążeniu krwi i chłonki, co sprzyja rozwojowi tkanki włóknistej w płucu. Tkanka ta nie napotyka już na większe przeszkody w swym dążeniu do kurczenia się podobnie, jak i naturalna skłonność tkanki płucnej do zapadania się na skutek swej elastyczności, ponieważ ściana klatki piersiowej, pozbawiona częściowo żeber staje się podatna i ustępuje działaniu sił dośrodkowych prowadzących do pomniejszenia i zagojenia jamy. Wobec tego, że doraźne zapadnięcie się płuca po tej operacji bywa z reguły znacznie mniejsze niż po odmie piersiowej, a w każdym razie nie może być dowolnie stopniowane, na zmniejszenie się jamy, a tymbardziej na całkowite jej zniknięcie wypada zazwyczaj czekać przez szereg tygodni, a nawet miesięcy.

Jak wynika z powyższego, zabiegi na nerwach, mięśniach i żebrach, mające za cel przede wszystkim zapewnienie choremu płucu spoczynku przez osłabienie albo zniesienie urazu oddechowego, a dopiero pośrednio zapadnięcie zawierającej jamę części płuca, ustępują na ogół znacznie, jeżeli chodzi o wynik bezpośredni, leczniczemu działaniu odmy piersiowej (a nawet jej namiastek), która prowadzi do natychmiastowego zapadnięcia jamy. Ta różnica w sposobie działania leczniczego odbić się musi z konieczności również na wynikach ostatecznych, które przedstawiają się szczególnie niepomyślnie w przypadkach jam dużych o ścianach sztywnych, otoczonych skąpą warstwą miąższu płucnego, przy tym nieraz bliznowato zmienionego. Wspólną dodatnią cechą omawianych zabiegów jest względna łatwość ich wykonania i stosunkowo małe niebezpieczeństwo, jakie przedstawiają one dla chorych.

Operacje plastyczne klatki piersiowej. Torakoplastyka przykręgowa.

Doraźne zapadnięcie płuca i zawartej w nim jamy powodują natomiast operację, modelujące kształt i wymiary klatki piersiowej. Są to t. zw. operacje plastyczne na klatce piersiowej. Każda z operacji tego rodzaju, zwana również z cudzoziemska torakoplastyką, ma jako główne i bezpośrednie zadanie zmniejszenie po stronie właściwej pojemności klatki piersiowej albo tylko górnej jej części (rys. 6), a co za tym idzie objętości zawartej w niej części płuca. Zadanie to osiągnięte zostaje za pomocą wycięcia podokostnowego, a więc zewnątrzopłucnowego odpowiednio długich kawałków kilku albo wszystkich żeber, z reguły z żebrem pierwszym włącznie. Skutek zabiegu jest tym większy, im większa liczba żeber podlega operacji, im dłuższe są wycięte ich kawałki, im bardziej przy tym położone są one do tyłu. Usunięcie wyłącznie przednich, bocznych albo przednio - bocznych części żeber powoduje tylko bardzo nieznacznego stopnia



Rys. 6.

zmniejszenie obwodu i pojemności klatki piersiowej. Mechanizm powstania zmiany kształtów i wymiarów klatki piersiowej po stronie, gdzie wykonana została operacja, jest dość złożony, a przedstawia się w głównych zarysach w sposób następujący. Przede wszystkim tylne końce zachowanych przednio - bocznych odcinków żeber pod wpływem szeregu czynników, jak brak oparcia na właściwych kręgach, ciężar własny żebra oraz działanie mięśnia zębatego przedniego i mięśni piersiowych, zbliżają się do kręgosłupa, przy czym omawiane odcinki żeber, leżące normalne raczej w płaszczyźnie czołowej, dążą do ustawienia się w płaszczyźnie strzałkowej, co rzecz prosta powoduje w większym czy mniejszym stopniu zwężenie klatki piersiowej. Poza tym zachowane części skróconych operacyjnie żeber, jako pozbawione przyczepów przykręgowych, obniżają się dość znacznie, niekiedy nawet o 1 albo 2 międzyżebrza, a wobec tego, że przedni odcinek każdego z górnych żeber jest krótszy i mniej łukowato wygięty od przedniego odcinka żebra bezpośrednio pod nim leżącego i wobec tego, że klatka piersiowa posiada kształt mniej więcej stożkowaty, dochodzi nie tylko do zwężenia, lecz również do spłaszczenia jej połowy po tej stronie, gdzie był wykonany zabieg.

Zmniejszenie pojemności połowy klatki piersiowej i objętości zawartego w niej płuca powoduje spadnięcie jamy oraz wystąpienie zwykłych w płucu spadniętym zmian w krążeniu krwi i chłonki, sprzyjających rozwojowi tkanki włóknistej. Obkurczaniu się tej tkanki, korzystnemu dla gojenia jamy, nie stoi teraz na przeszkodzie fizjologiczna zdolność klatki piersiowej do rozszerzania się podczas każdego wdechu. Mianowicie bezpośrednio po operacji część klatki piersiowej pozbawiona częściowo rusztowania kostnego, pozostającego normalnie pod działaniem mięśni oddechowych, poddaje się różnicom ciśnienia atmosferycznego i panującego w jamie klatki piersiowej, zapada się więc podczas wdechu, uwypukla zaś podczas wydechu. Opaczne ruchy oddechowe tracą jednak z czasem na rozległości. A gdy przednio - boczne odcinki żeber połączą się po upływie kilku tygodni z kawałkami żeber, pozostałymi przy kręgosłupie za pomocą tkanki kostnawej a potem kostnej, wytworzonej przez pozostawioną przy wycinaniu żeber okostną, ruchy oddechowe klatki piersiowej po stronie operowanej stają się prawidłowe, choć bardzo nieznaczne. W ostatecznym więc wyniku uzyskuje się za pomocą torakoplastyki nie tylko zmniejszenie rozmiarów klatki piersiowej, lecz również częściowe jej unieruchomienie.

Pomysł ten wycinania kawałków żeber w celu pomniejszenia objętości klatki piersiowej miał już około 1885 roku d e C é r e n v i l l e (z Lozanny). Jednak torakoplastykę przykręgową, obejmującą żebro pierwsze i stanowiącą podstawę do wszelkich innych typów operacji plastycznych na klatce piersiowej pierwszy wykonał S a u e r b r u c h w 1909 r. Polegała ona początkowo na wycięciu podokostnowym przykątowych części 11 górnych żeber z cięcia powłok biegnącego od górnego brzegu mięśnia kapturowego w dół, w równej odległości między kręgosłupem, a przyśrodkowym brzegiem łopatki aż do poziomu 11. żebra. Napotkane po drodze mięśnie, jak kapturowy, najszerszy grzbietu, równoległoboczne, zostawały z konieczności przecięte. Zabieg dla rzekomo większej jego skuteczności uzupełniano przecięciem obojczyka. Ten typ torakoplastyki stopniowo ulegał udoskonaleniom pod rozmaitymi względami. Przede wszystkim poniechano przecinania obojczyka, co powodowało znaczne zniekształcenie, a na wynik zabiegu nie miało większego wpływu. Dalej zaprzestano wycinania żeber dolnych w przypadkach zmian umiejscowionych w górnych częściach płuca, zachowując w ten sposób prawidłową czynność zdrowych odcinków płuca, zmniejszając rozległość i niebezpieczeństwo zabiegu, łagodząc przy tym znacznie pooperacyjne zniekształcenie klatki piersiowej. Wreszcie przez zastosowanie pewnych czysto technicznych zmian w postępowaniu operacyjnym, poczęto usuwać dłuższe niż dawniej kawałki żeber, zwłaszcza żebra pierwszego, odcinając je tuż przy kręgosłupie, a w razie potrzeby nawet wraz z wyrostkami poprzecznymi. Dzięki wymienionym udoskonaleniom techniki operacyjnej współczesna torakoplastyka przykręgowa całkowita albo tylko górna, obejmująca zazwyczaj 5, rzadziej 6 albo 7 żeber, nie powoduje większych zniekształceń, nie upośledza zupełnie czynności kończyny górnej, zyskała natomiast znacznie na skuteczności i na bezpieczeństwie. Bezpieczeństwo operacji wzrasta szczególnie w tych razach, gdy zostaje ona wykonana wieloczasowo.

Leczenie jam gruźliczych w płucach za pomocą torakoplastyki zdobyło powszechne uznanie i zabieg ten u obcych stał się w latach ostatnich operacją pospolitą. W Polsce operacje tego rodzaju zastosował pierwszy, jak się zdaje ,prof. Maksymilian Rutkowski około 1925 r. Zdobywają sobie one u nas stopniowo coraz więcej zwolenników, szybszemu jednak ich rozpowszechnieniu stoi na przeszkodzie ta okoliczność, że ze wszystkich metod zapadowego leczenia jam gruźliczych są one bądź co bądź najbardziej niebezpieczne. Niebezpieczeństwa związane z torakoplastyką są różnego rodzaju. Niektóre z nich, jak krwotok albo wstrząs operacyjny, dają się uniknąć albo opanować. Inne natomiast są wyrazem powstałych po operacji zmian czynności narządów klatki piersiowej i często pozostają poza naszymi możliwościami terapeutycznymi. Groźne dla życia zaburzenia czynności płuc i serca występują szczególnie w tym razach, gdzie śródpiersie jest bardzo wiotkie. Wtedy podczas każdegu wdechu płuco spadnięte przesuwa się wraz ze śródpiersiem na zdrową stronę klatki piersiowej (t. zw. falowanie śródpiersia), przy czym wielkie naczynia zostają przegięte, a przedsionki uciśnięte. Powodować to musi znaczne zoburzenia w krążeniu, zwłaszcza że dopływ krwi żylnej do serca, normalnie związany z okresowym podczas każdego wdechu wzrostem ciśnienia ujemnego w klatce piersiowej, staje się utrudniony, a opór w naczyniach krążenia małego wzrasta na skutek spadnięcia się części tkanki płucnej. Poza tym opaczne ruchy oddechowe klatki piersiowej po stronie operowanej powodują przechodzenie podczas każdego wdechu powietrza z płuca chorego do płuca zdrowego (t. zw. Pendelluft), co prowadzi do niedotlenienia krwi i zaopatrywanych w nią ważnych dla życia ośrodków mózgowych. Powyższych niebezpieczeństw można w dużym stopniu uniknąć, wykonując operacje plastyczne jedynie u osób, których stan krążenia i wydolność oddechowa nie budzi zastrzeżeń, a nadmierną wiotkość śródpiersia na podstawie posiadanych danych można przynajmniej z pewnym prawdopodobieństwem wyłączyć.

Torakoplastyka przymostkowa. Wycinanie pierwszych dwóch żeber w całości.

W przypadkach jam bardzo dużych, a przy tym przylegających ściśle do przedniej ściany klatki piersiowej, torakoplastyka przykręgowa może okazać się niewystarczającą. W tych razach wypada dążyć do spadnięcia płuca takiego nieraz stopnia, że nasuwa się, stosowane przez niektórych określenie fizjologicznej amputacji płuca. Cel ten przeważnie daje się osiągnąć przez uzupełnienie torakoplastyki przykręgowej wycięciem całkowitym albo niecałkowitym pozostałych po jej wykonaniu przedniobocznych części żeber wraz z chrząstkami. Operację taką, zwaną torakoplastyką przymostkową, wypada niekiedy wykonać przed plastyką tylną, dlatego poszczególne jej etapy ujęte być musiały w pewną kolejność i wykonywane według określonych reguł. Torakoplastyka przymostkowa, jako operacja typowa dla pewnych postaci jam w płucach została pod względem technicznym najdokładniej opracowana i opisana w 1933 roku przez Francuzów B e r n o u i F r u c h a u d. Wykonuje się ją z cięcia płatowego, biegnącego wzdłuż obojczyka, brzegu mostka i chrząstki najniższego żebra, które ma zostać usunięte. żebra zostają wycięte podokostnowo, chrząstki zaś wraz z chrzęstną. Czynność mięśnia piersiowego większego, mimo odcięcia części jego przyczepów, nie zostaje po operacji upośledzona w sposób wyraźny. Zabieg ten sam przez się jest dla chorych bardzo łagodny, nie powoduje większych zaburzeń w krążeniu i oddychaniu, zato w połączeniu z torakoplastyką tylną wybitnie zwiększa związane z nią niebezpieczeństwa. Z tych względów każda z tych operacji wykonywana zostaje po drugiej dopiero po dłuższym, zwykle kilkutygodniowym, odstępie czasu.

Dla pewnych znów postaci jam szczytowych, np. takich, które mimo swych dużych rozmiarów i stwardniałych ścian, nie przekraczają w dół poziomu 1. międzyżebrza od przodu, celowym wydaje się uzupełnienie torakoplastyki przykręgowej przez całkowite wycięcie tylko 2 górnych żeber albo nawet tylko żebra pierwszego, co powoduje nieuchronnie pożądane w tych razach zniesienie czynności mięśni pochyłych. Okoliczności te skłoniły M a u r e r a i D r e y f u s a L e F o y e r do opracowania i opisania w 1936 roku techniki wycinania w całości żebra pierwszego wraz z przednią częścią żebra drugiego jako operacji typowej. Zabieg ten, stosowany również przez autora pracy niniejszej w modyfikacji własnej, składa się z dwóch części, jednej na szyi, drugiej pod obojczykiem. Omawiany zabieg, mimo pewnych trudności technicznych, nie przedstawia dla chorych większego niebezpieczeństwa. Jeżeli poprzedza torakoplastykę przykręgową, ta ostatnia, jako nie obejmująca już żebra pierwszego, bywa znacznie prostsza w wykonaniu.

Wybór zabiegu operacyjnego. Wyniki.

Na tym kończymy opis zabiegów chirurgicznych, mogących praktycznie wchodzić w rachubę w obecnym stanie sprawy operacyjnego leczenia jam gruźliczych szczytowych. Celowo zatem pominięte zostały zabiegi, do których wskazania nasuwać się mogą tylko w razach wyjątkowych, jak sączkowanie jamy nazewnątrz (L i l i e n t h a l, S a u e r b r u c h), albo te, które już przeszły do historii, jak zalecane przez F r e u n d a wycinanie chrząstki pierwszego żebra, i wreszcie takie, których celowość nie została przez klinikę usprawiedliwiona, jak np. wycinanie zwojów współczulnych piersiowych górnych dla spowodowania zmian w ukrwieniu chorego płuca (A l v a r e z), wprowadzanie wszczepów kostnych między opłucnę a żebra (S a y a g o), podwiązywanie gałęzi tętnicy płucnej (S c h l a e p f e r), podwiązywanie przewodu piersiowego (M i c h a l s k i i P i a s e c k i), itp. Wszystkie uwzględnione w tej pracy zabiegi operacyjne oparte są na nie nasuwającym żadnych wątpliwości, bo sprawdzonym tysiące razy w klinice, założeniu, że najpewniejszą drogą do zagojenia jamy gruźliczej w płucu jest spowodowanie jego zapadnięcia. Wątpliwości zjawić się mogą dopiero przy wyborze sposobu, za pomocą którego należy uzyskać zapadnięcie płuca w razie niemożności zastosowania albo nieskuteczności odmy piersiowej, tej najprostszej metody zapadowego leczenia jam gruźliczych w płucach. Tu błędy zdarzają się często. Błąd może polegać przede wszystkim na niewykorzystaniu względnie wielkich możliwości leczniczych, jakie dają zabiegi opera-

cyjne i na pozostawieniu zagojenia jamy wyłącznie siłom natury albo też na zbytnim zwlekaniu z zastosowaniem operacji, co może doprowadzić do obniżenia zasobu sił żywotnych chorego w stopniu takim, że wyleczenie przy pomocy chirurgicznej staje się już niemożliwe. Błędem również byłoby kierowanie się przy wyborze operacji wyłącznie stopniem niebezpieczeństwa z nią związanego. Takie postępowanie wpłynęło by coprawda na zmniejszenie śmiertelności pooperacyjnej, nie uchroniło by jednak w niedalekiej przyszłości od śmierci z powodu gruźlicy płuc wielu chorych, zdolnych uzyskać zdrowie za cenę poddania się bardziej ryzykownemu, lecz koniecznemu dla nich zabiegowi. Nie mniejszym wszakże błędem byłoby zalecanie ciężkich choćby skądinąd uzasadnionych i jedynie wskazanych operacji chorym, których stan ważnych dla życia narządów (serce, płuca, nerki), i ogólny zasób sił zawczasu nakazuje przewidywać wynik niepomyślny.

Z powyższego nasuwa się wniosek, że ustalenie wskazań do tego czy innego zabiegu w każdym poszczególnym przypadku jamy szczytowej, nie poddającej się leczeniu odmą piersiową, opierać się powinno na dokładnej znajomości chorego ustroju z jednej strony, a z drugiej strony na poznaniu istoty, wchodzącej w rachubę operacji i niebezpieczeństw z nią związanych, wymaga więc ścisłej współpracy internisty z chirurgiem. Współpraca ta jest konieczna i z tego jeszcze względu, że żadna z operacji nie powoduje doraźnego wyleczenia, a wynik jej w dużym stopniu zależy od warunków, w jakich chory po niej się znajdzie i od opieki lekarskiej, jaką zostanie otoczony. Ogólnie zaś biorąc wyniki leczenia operacyjnego jam gruźliczych przedstawiają się bardzo zachęcająco. Sądząc bowiem z dotychczasowych spostrzeżeń, conajmniej można podwoić liczbę chorych, uzyskujących przy właściwym leczeniu zachowawczym (w pierwszym rzędzie sanatoryjnym i odmą piersiową), całkowite wyleczenie w sensie ustąpienia klinicznych i radiologicznych objawów jamy oraz zniknięcia prątków z plwociny, przez należyte wykorzystanie możliwości, jakie daje zastosowanie chirurgii.

ZWIĄZEK JODU I LIPOIDÓW ROŚLINNYCH

NAJSKUTECZNIEJSZA KURACJA JODOWA.
NIE WYWOŁUJE JODZICY, PODRAŻNIENIA NEREK, ANI JAKICHKOLWIEK INNYCH ZABURZEŃ.
WYWIERA DZIAŁANIE MIEJSCOWE PRZECIWBÓLOWE.
TWORZY W USTROJU ZAPAS JODU MOBILIZOWANY STOPNIOWO NIE WYWOŁUJĄC JEDNAK ŻADNYCH DOLEGLIWOŚCI.

WSKAZANIA:

GOŚCIEC STAWOWY I MIĘŚNIOWY.
NEURALGIE. ISCHIAS. LUMBAGO.
STANY LIMFATYCZNE. SKROFULOZA.
KIŁA TRZECIORZĘDNA I WRODZONA.
MIAŻDŻYCA. NADCIŚNIENIE.
DYCHAWICA. ROPIEŃ I ZGORZEL PŁUC.
PRZEWLEKŁE SCHORZENIA DRÓG ODDECHOWYCH.
DYSFUNKCJA TARCZYCY.

DAWKOWANIE:

2 do 5 kapsułek dziennie.
1 do 10 cm³ domięśniowo na raz (ogrzane do temperatury około 40° C).



40%

LIPIODOL



KAPSUŁKI



po 1, 2, 3, 5 i 10 cc

AMPUŁKI



po 20 cc

FLAKONY

LIPIODOL

Związek jodu i lipoidów roślinnych
40%, 20%, 10% J.
Amp. po 1, 2, 3, 5 i 10 cc. słoiki po 20 cc.

w RENTGENODIAGNOSTYCE

NEUROLOGIA (czaszka, komory mózgowe, kanał kręgowy)
DROGI ODDECHOWE
LARYNGOLOGIA (zatoki, trąbka Eustachiusza, przełyk etc.)
MACICA, JAJOWODY
WRZODY, PRZETOKI
NERKI, PĘCHERZ, MOCZOWODY
DROGI ŁZOWE (lipiodol 20%)
Do zdjęć komór mózg. tylko Lipiodol 10%



L. NASIEROWSKI
Warszawa, Kaliska 9

CHOROBY WEWNĘTRZNE

Nadciśnienie tętnicze wieku młodzieńczego pochodzenia współczulnego. M. A. Tournaire. (Des hypertensions arterielles solitaires, juveniles, non évolutives, d'origine sympathique). *Journal de Med. de Lyon, Nr. 418, 1937.*

Nadciśnienie tętnicze pochodzenia współczulnego spotyka się stosunkowo często w wieku młodym. Zwiększone jest wyłącznie ciśnienie skurczowe i to w stopniu umiarkowanym. Podnosi się ono znacznie po wysiłkach i ustępuje przeważnie po wypoczynku. Nadciśnienie to ma przebieg utajony i zwraca na siebie uwagę zaburzeniami czynnościowymi, które pojawiają się jedynie po wysiłkach fizycznych, wzruszeniach psychicznych i po obfitych posiłkach. W pewnych przypadkach stwierdza się nieznaczne wzmożenie podstawowej przemiany materii, natomiast nigdy nadciśnienie to nie wywołuje powiększenia lewej komory serca. Zachowuje się ono podobnie, jak ciśnienie w pospolitych nerwicach serca, przebiegających z częstoskurczem, różni się jedynie prawidłowym rytmem serca.

Autor nadciśnienie to uzależnia od wzmożonego napięcia układu współczulnego pochodzenia samorodnego, które wywołuje zaburzenie czynności ośrodka naczynioruchowego i niekiedy uszkadza — hipotetyczny zresztą — ośrodek podstawowej przemiany materii.

Patogeneza tego zaburzenia nie jest jeszcze znana, jednak przebieg kliniczny różni się znacznie od nadciśnienia samorodnego wieku młodzieńczego. To ostatnie ma zawsze przebieg ciężki, podczas gdy nadciśnienie pochodzenia współczulnego jest postacią dobrotliwą, nie postępującą, nie prowadzącą nigdy do zaburzeń, które spotyka się w innych postaciach nadciśnienia.

Autor badania swe przeprowadził na 15 przypadkach w wieku 20 — 26 lat, obserwowanych od 1931 r. U 5 z nich nadciśnienie zostało stwierdzone podczas badania kontrolnego, 10 zgłosiło się z powodu dolegliwości, pojawiających się po wysiłkach, wzruszeniach lub rzadziej po posiłkach. Dolegliwości te, jak duszność, niepokój serca, nie przypominają wcale obrazu dusznicy bolesnej, natomiast są charakterystyczne dla nerwicy serca. Nigdy nie stwierdzało się dolegliwości, spotykanych w nadciśnieniu samorodnym, jak bóle głowy, zawroty, mrowienie i drętwienie kończyn, bolesne skurcze mięśniowe itp. Rytm serca badanych w spoczynku wynosił 72 — 80, ciśnienie skurczowe wahało się w granicach 160 — 190 mm. Hg. natomiast ciśnienie średnie i rozkurczowe było zawsze prawidłowe i wynosiło dla średniego 110, dla rozkurczowego 70 — 80 mm. Hg. Po wysiłku fizycznym (marsz na przestrzeni 200 m), ciśnienie skurczowe wzrastało o 50 — 60 mm. Hg., podczas gdy średnie i rozkurczowe zaledwie o 10 — 20 mm. Hg. Powrót ciśnienia do poziomu wyjściowego następował po 2 — 4 min. wypoczynku. Przyśpieszenie tętna po wysiłku nie przekraczało 130 uderzeń na minutę.

Autor podkreśla, że badanie kliniczne i rentgenologiczne nie stwierdzało żadnych odchyleń ze strony serca, nie stwierdzało również zaburzeń czynności nerek, odczyny serologiczne były ujemne. Przeprowadzone badanie podstawowej przemiany materii na 7 badanych u 3 wykazało wzmożenie o +18%, +20% i +25%. Autor przypomina, że dawno już May i Couder donosili o licznych przypadkach wzmożenia podstawowej przemiany materii w nadciśnieniu tętniczym, przy różnych zaburzeniach układu współczulnego.

Rokowanie nadciśnienia pochodzenia współczulnego jest analogiczne do rokowania w nerwicy serca. Jest to cierpienie przewlekłe, nie mające tendencji do samowyleczenia, ale też nie postępujące, nie prowadzące do zaburzeń ze strony serca.

Autor podkreśla, że przy leczeniu nie należy stosować zupełnego spokoju, środków działających na układ współczulny, środków obniżających ciśnienie lub tonizujących serce, lecz jedynie należy przyzwyczajać ustrój stopniowo do wysiłków.

Zatrucie naparstnicą a niemiarowość zupełna. (Intoxication digitalique massive et arythmie complète). P. Halbron. J. Lenormand i A. Meyer-Heine.

Paris Médical. Nr. 33, 1937.

W większości przypadków leczenie naparstnicą wywołuje zwolnienie i uregulowanie czynności serca. Niemiarowość zupełna w przebiegu niewydolności krążenia stanowi zasadnicze wskazanie do leczenia naparstnicą, istnieją przypadki niemiarowości zupełnej wyrównanej, ustępującej pod wpływem naparstnicy.

Jako przykład autorzy przytaczają chorą w wieku 22 lat z wadą zastawki dwudzielnej z objawami ostrej niewydolności krążenia i obrzękiem płuc, który ustąpił po upuście krwi. Chora ta, leczona przez dłuższy czas bez poprawy naparstnicą i strofantyną, wypiła w celu samobójczym cały flakon digitaliny oraz mieszaniny digitaliny z ouabainą. W pół godziny po tym poczuła zawroty głowy, mdłości oraz pojawiły się wymioty treścią śluzową z domieszką żółci. Zastosowano płukanie żołądka oraz głębokie lawatywy. Przez szereg dni podawano duże dawki atropiny, kamfory i kofeiny, pomimo to chora była nieprzytomna, bezwładna, tętno niemiarowe, zwolnione, przez 2 tygodnie wahało się między 30 i 45 uderzeniami na minutę. Ciśnienie skurczowe utrzymywało się na poziomie 115 mm.Hg., kończyny były nieco obrzękłe. Chora poprawiała się powoli, ale po 2 tygodniach od chwili zatrucia pojawił się napad duszności, temperatura wzniosła się do 39, tętno przyśpieszyło się do 84, oraz wystąpiły objawy ze strony płuc i opłucnej w następstwie zawału płuc. Zastosowanie ouabainy dożylnie wy-

wołało zwolnienie tętna do 40 oraz złe poczucie chorej. Od tego czasu chora przebywała kilka miesięcy w szpitalu, stopniowo się poprawiała, ustąpiły wszelkie objawy niewydolności krążenia, czynność serca stała się miarowa.

Badania elektrokardiograficzne wykonywane okresami podczas przebiegu choroby wykazały, że w dwa tygodnie po zatruciu ustąpiły skurcze dodatkowe pochodzące z komór, fala T początkowo ujemna stopniowo zbliżała się do linii izoelektrycznej i wreszcie stała się dodatnią w 3-ech odprowadzeniach. Niemiarowość zupełna ustąpiła, pojawił się rytm zatokowy.

Na podstawie tego przypadku autorzy wnioskują, że migotanie przedsionków ustąpiło po zatruciu naparstnicą.

Znane są przypadki migotania przedsionków, wywołane leczeniem naparstnicą. M a c E a c k e r n i B a b e r opisują 3 przypadki niewydolności krążenia z rytmem zatokowym prawidłowym, w których naparstnica w większych dawkach wyzwoliła niemiarowość zupełną, przy czym odstawienie leku nie dało powrotu do rytmu prawidłowego.

Naparstnica zdolna jest więc zarówno zwalczyć niemiarowość zupełną, jak i wywołać ją. Jest to lek o paradoksalnym wpływie leczniczym.

Cztery przypadki zwężenia tętnicy płucnej. (Sur quatre cas de stenose de l'arterie pulmonaire). M. H. M o n d o n.

Bull. et Mem. de la Société Med. des Hopitaux de Paris. Nr. 17, 1937.

Patologia tętnicy płucnej od kilku lat stała się zagadnieniem aktualnym i posiada obszerne piśmiennictwo. Zwężenie tętnicy płucnej uważane jest za chorobę rzadko spotykaną, której towarzyszą ciężkie zaburzenia układu krążenia. Występuje ono przede wszystkim u osobników młodych, daje rokowanie niepomyślne, często powoduje zejście śmiertelne.

Tymczasem wybitni badacze, jak V a q u e z i L a u b r y przeciwstawiają się tej koncepcji i na podstawie licznych badań młodych osób, wstępujących na służbę państwową (żołnierze, marynarze, sportowcy), stwarzają nowy obraz patologii tętnicy płucnej.

Réné Benard stwierdził u młodego żołnierza zwężenie tętnicy płucnej przy znikomych zaburzeniach układu krążenia. Autor przedstawia 4 przypadki z powyższym cierpieniem, obserwowane w szpitalu morskim w Tulonie.

We wszystkich tych przypadkach chodziło o mężczyzn w wieku 18 — 21 lat, prawidłowej mocnej budowy, zajmujących się sportem lub pracą fizyczną. W wywiadach nie podawali oni żadnych dolegliwości, uważali się za zupełnie zdrowych, nie przechodzili żadnych chorób zakaźnych. Wywiady rodzinne wyłączały jakiekolwiek obciążenie dziedziczne. We wszystkich przypadkach badanie kliniczne stwierdziło mruk koci u podstawy serca przy obecności szmeru skurczowego w 2. międzyżebrzu po stronie lewej, przewodzącego się ku lewemu obojczykowi. Badanie rentgenowskie stwierdziło w tych przypadkach umiarkowany przerost serca oraz wyraźne uwypuklenie łuku tętnicy płucnej.

Autor stwierdza na podstawie tych obserwacyj, że istnienie szmeru skurczowego nad tętnicą płucną pozwala stwierdzić zwężenie tej tętnicy nawet bez badania rentgenologicznego. Autor podkreśla możliwość istnienia tego schorzenia jako wady wrodzonej.

O sercu niezwykłych rozmiarów. Sur un trés gros coeur). M. G o u r i o u, H. M o n d o n, i L a h i l l o n n e.

Bulletin et Mem. de la Soc. Med. des Hopitaux de Paris. Nr 17. 1937.

Przypadek dotyczy 24 letniego rysownika, który w 8 roku życia przebył zakażenie gośćcowe, powikłane schorzeniem serca. W 6 lat później bóle stawowe wystąpiły ponownie i utrzymywały się w ciągu 2 lat. Od tego czasu chory miewał częste nieżyty oskrzeli; inne choroby zakaźne i weneryczne wyłącza. Wywiady rodzinne bez znaczenia.

Chory uskarża się na bóle w klatce piersiowej po stronie lewej, bicie serca, zadyszkę przy wysiłkach, jednak dolegliwości te nie utrudniają mu pracy zawodowej. Chory budowy astenicznej o skórze i śluzówkach bladych. Badanie układu krążenia stwierdza tętnienie całej lewej połowy klatki piersiowej, uderzenie koniuszkowe wyraźnie widoczne na poziomie 6. międzyżebrza na dwa palce na zewnątrz od l. środkowej obojczykowej lewej, o charakterze unoszącym. Granica prawa serca przekraczała 2 palce nazewnątrz poza l. przymostkową prawą. Nad sercem stwierdza się mruk koci. Osłuchiwaniem stwierdza się częstoskurcz niemiarowy z wybitnym szmerem skurczowym, promieniującym ku lewej pasze od koniuszka, rozdwojenie 2. tonu na koniuszku oraz nad ujściem, szmer skurczowy przewodzony o słabym natężeniu. Tętno słabo wypełnione przy rytmie zgodnym z akcją serca. Tętnienia naczyń szyjnych nie stwierdzało się, tętnica główna bez odchyleń, ciśnienie tętnicze 140/80, wskaźnik oscylometryczny 5 podziałek. Objawów niewydolności krążenia nie stwierdzono.

Rentgenologicznie serce olbrzymie, zajmujące większą część klatki piersiowej. Przerost dotyczył zwłaszcza komory prawej. Wymiar poprzeczny wynosił 24,1 cm.

W tętnicy płucnej nie było żadnych widocznych zmian.

Elektrokardiograficznie migotanie przedsionków przy obecności skurczów dodatkowych z prawej komory, T ujemne w 3-ech odprowadzeniach.

W przypadku tym chodziło o schorzenie serca pod postacią wady zastawki dwudzielnej z zapaleniem m. sercowego w następstwie zakażenia gośćcowego przy bardzo znacznym przeroście serca.

Dolegliwości chorego były niewspółmierne do stwierdzonych zmian w sercu przy braku objawów niewydolności krążenia.

O znaczeniu ślinianki. (Caractères physico - chimiques et rôle regulateur de la salive). W. K o p a c z e w s k i.

Paris Medical. Nr. 35, 1937.

Ślinianka obok znanej czynności wydzielniczej spełnia jeszcze dwie doniosłe czynności: przyczynia się do utrzymania równowagi składu chemicznego i własności fizycznych płynów ustrojowych oraz stanowi pierwszą zaporę zatrzymującą zakażenie. Zwłaszcza duże znaczenie posiada przy sprawach chorobowych jamy ustnej, jak

ropotok zębodołowy, osadzanie się kamienia nazębnego itp.

Te właściwości ślinianki zwróciły na nią uwagę i spowodowały dokładne badanie jej znaczenia dla ustroju.

Czy adrenalina może być uważana za przyczynę nadciśnienia? (L'adrenaline peut-elle considerée comme la cause de l'hypertensions?) E. Dicker.

La Presse Médicale. Nr. 61, 1937.

Szereg autorów dążąc do wyjaśnienia przyczynyn powstawania nadciśnienia tętniczego wysunęło przypuszczenie, że we krwi znajdują się pewne ciała, które wpływają na kurczliwość naczyń. Przede wszystkim zaliczają tu adrenalinę lub jej pochodne i podkreślają znaczenie nadnerczy dla nadciśnienia.

Neusser pierwszy zwrócił uwagę na znaczenie nadnerczy, opierając się na przypadku miażdżycy nerek z nadciśnieniem. Na sekcji stwierdzono raka nadnerczy bez jakichkolwiek zmian nerek. Również Fraenkel opisuje chorą z nadciśnieniem, z powiększeniem serca, zmianami siatkówki, krwotokami z nosa oraz białkomoczem — przypadek rozpoznany jako zapalenie nerek. Tymczasem na sekcji nie znaleziono żadnych zmian w nerkach, natomiast rozległy nowotwór obu nadnerczy.

Jeden z przypadków Vaqueza, Donzelota i Geraudela, dotyczy chorego lat 37, u którego okresowo, podczas takich dolegliwości, jak mrowienie i drętwienie kończyn, kurcze mięśniowe, napady duszn:cy bolesnej, silne bóle głowy — ciśnienie tętnicze zwiększało się gwałtownie ze 140/80 do 300/170 mm.Hg. Równocześnie stwierdzało się wybitną bladość, tętno z 70 przyśpieszało się do 100 na minutę, białkomocz z 0,25% wzrastał do 0,5%. Po naświetlaniu okolicy lędźwiowej promieniami X uzyskano wybitną poprawę, jednak krótkotrwałą, gdyż po kilku miesiącach stan chorego gwałtownie pogorszył się, nadciśnienie utrzymywało się stale, wystąpił bezmocz, mocznik we krwi wynosił 150 mg%, chory oślepł, stał się bardzo pobudliwy; zmarł wśród objawów śpiączki mocznicowej. Na sekcji stwierdzono paragaglioma nadnercza prawego bez zmian w nerkach.

Opierając się na tego rodzaju przypadkach Vaquez, Auburtin i Ambard wysunęli przypuszczenie, że powstanie nadciśnienia zależy od nadnerczy. Wnioski swe opierali na zmianach anatomicznych nadnerczy nie tylko w przypadkach nowotworów, lecz i zapaleniach nerek. W większości bowiem tych przypadków stwierdzali rozrost gruczołowy kory nadnerczy. Według Darre i Widala rozrost ten dowodzi wzmożonej czynności kory nadnerczy, a nadciśnienie stwierdzane w tych przypadkach zależy od zwiększonego wydzielania adrenaliny.

W rzeczywistości jednak kora nadnerczy nie wydziela adrenaliny i nie we wszystkich przypadkach przerostu nadnerczy występuje nadciśnienie. E. M. Mac Key i L. L. Mac Key stwierdzali przerost nadnerczy w szeregu zakażeń bez nadciśnienia oraz u zwierząt po usunięciu obu nerek przerost kory występował w kilka godzin po zabiegu.

Szereg autorów podaje, że w nadciśnieniu samorodnym zwiększa się poziom cukru we krwi przy równoczesnym zmniejszeniu się poziomu wapnia. Zmian tych nie stwierdza się u chorych na zapalenie nerek.

Abrami donosi, że przetoczenie krwi od chorego z nadciśnieniem w przypadku gruczolaka nadnerczy wywołało znaczne zwiększenie ciśnienia tętniczego u osobnika zdrowego.

Jest to więc szereg obserwacyj klinicznych, przemawiających na korzyść teorii adrenalinowego pochodzenia nadciśnienia. Brak jest jednak danych pewnych, któreby stwierdzały niezaprzeczalnie, że tak jest istotnie.

Badania doświadczalne stwierdziły, że surowica chorych na zapalenie nerek, przebiegające z nadciśnieniem, rozcieńczona 20 krotnie jeszcze rozszerza źrenicę żaby. U królików pozbawionych operacyjnie obu nerek, bądź też z uszkodzeniem nerek uranem, sublimatem lub chromem oraz u psów z usuniętą jedną nerką stwierdzano w surowicy związek azotowy, który pobudzał nadnercza do wzmożonego wydzielania adrenaliny. Po dodaniu chlorku żelaza do surowicy chorych na zapalenie nerek powstaje reakcja pyrokatechinowa, a adrenalina jest pochodną tej grupy.

O'Connor wykazał, że po skrzepnięciu krwi można stwierdzić w surowicy ciała podobne do adrenaliny, dające reakcję pyrokatechinową i posiadające własności naczyniokurczowe.

Z szeregu metod oznaczania adrenaliny we krwi na plan pierwszy wysuwa się metoda Viala, która opiera się na tej zasadzie, że adrenalina w obecności jodu przyjmuje zabarwienie różowe. Próba polega na tym, że po dodaniu sublimatu, jodku potasu i kwasu sulfanilinowego badany płyn, zawierający adrenalinę barwi się na różowo. Próba jest czuła, wypada dodatnio nawet przy rozcieńczeniach adrenaliny 1/30.000.000.

Na podstawie szeregu badań okazało się, że reakcja Viala nie jest reakcją swoistą — wypada dodatnio również z tyraminą, sympatholem, cysteiną, pochodną melaniny oraz ze wszystkimi dwufenolami. Reakcja Viala zależy również od sposobu odżywiania: wypada dodatnio przy diecie zwykłej i mieszanej, słabo dodatnio przy diecie płynnej. Autor przeprowadził badania u ludzi i zwierząt w różnych stanach chorobowych przy stosowaniu różnych diet.

1) U osób z prawidłowym ciśnieniem tętniczym ilość adrenaliny w surowicy waha się między 0,000.000.5 a 0,000.001 na cm^3.
2) Surowica chorych z nadciśnieniem samoistnym w większości przypadków zawiera 0,000.0012 do 0,000.006 adrenaliny na cm^3
3) Surowica chorych z nadciśnieniem pochodzenia nerkowego daje słabą reakcję Viala. Zawartość adrenaliny nie przekracza 0,000.000.5, a często nie daje się oznaczyć.

Autor podkreśla, że reakcja Viala nie wykazuje fizjologicznego zwiększenia poziomu adrenaliny w surowicy, natomiast wykazuje różne stężenia adrenaliny w surowicy i osoczu tej samej krwi.

Badania nad stosunkiem odczynu Viala i czynnością naczyniokurczową stwierdziło, że:

1) W rozcieńczeniu 1/20 wszystkie badane surowice w jednakowym stopniu posiadały zdolność naczyniokurczowa.

2) Nie ma żadnej równoległości między intensywnością odczynu Viala a zdolnością naczyniokurczową.
3) Surowica pochodząca od chorych z nadciśnieniem, rozcieńczona 1/20 nie posiada wybitniejszych zdolności naczyniokurczowych.
4) Jednakże surowica pochodząca od chorych na nerki z nadciśnieniem, która dawała słaby odczyn Viala, miała większą zdolność naczyniokurczową, niż surowica pochodząca od osób zdrowych.

Z pracy wynika, że mimo danych klinicznych, przemawiających na korzyść niezaprzeczalnego wpływu nadnerczy na patogenezę nadciśnienia, rola adrenaliny w nadciśnieniu samorodnym oraz pochodzenia nerkowego nie jest dostatecznie wyjaśniona.

Gośćcowe zapalenie mięśnia sercowego. (De la myocardite rhumatismale). L. G r a v i e r i A. T o u r n i a i r e.

Journal de Méd. de Lyon. Nr. 425, 1937 r.

Opierając się na obserwacji 5 przypadków gośćcowego zapalenia m. sercowego, potwierdzonych sekcyjne, autorzy podkreślają częstość tego powikłania w przebiegu gośćca stawowego.

Zapalenie mięśnia sercowego pojawia się niekiedy w kilka tygodni po objawach stawowych. Często zależy od ciężkiego przebiegu gośćca, często jednak nieodpowiednie leczenie, jak zbyt późne zastosowanie leczenia salicylowego, w zbyt małych dawkach i zbyt krótkie jego stosowanie, jest przyczyną powstania tego powikłania. Również zbyt wczesne wstanie z łóżka, zaraz po ustąpieniu bólów i gorączki wpływa niekorzystnie na dalszy przebieg choroby.

Niekiedy zapalenie mięśnia sercowego pojawia się po wielu latach od chwili przebycia gośćca stawowego, najczęściej w przebiegu jakiegoś innego cierpienia, bez jakichkolwiek objawów stawowych. Autorzy obserwowali kilka chorych, które przed laty przebyły gościec stawowy i miały w następstwie bardzo nieznaczne dolegliwości ze strony serca. Dolegliwości te gwałtownie się nasiliły, prowadząc do niewydolności krążenia, w jednym przypadku w przebiegu zapalenia migdałków, w drugim po usunięciu wyrostka robaczkowego i w trzecim przy pospolitym wyprysku na kończynach dolnych.

Te obserwacje potwierdzone przez licznych autorów przypominają, że przy pojawieniu się niewydolności serca u osobników ze starymi zmianami zastawkowymi w przebiegu choroby gorączkowej, należy doszukiwać się przebytego niegdyś gośćca i zastosować natychmiast próbne leczenie salicylowe.

Gośćcowe zapalenie mięśnia sercowego ma przebieg dwojaki: 1) z przewagą wyraźnych objawów sercowych, i 2) pod postacią choroby zakaźnej, gorączkowej.

Ad. 1. Występują objawy niewydolności lewej komory, pod postacią obrzęku płuc i trwałej duszności. Zaburzenia te ,zaznaczając się w różnym stopniu, ustępują okresowo po krwioupuście, morfinie, lub dożylnym wstrzyknięciu ouabainy, często jednak prowadzą do śmierci. Gallavardin podaje, że często wystąpienie obrzęku płuc poprzedza okres pośredni, charakteryzujący się napadami duszności nie tylko po wysiłkach, lecz i w spokoju. Ortodiagram stwierdza znaczne powiększenie przedsionka lewego, przedsionka i komory prawej, rozszerzenie łuku tętnicy płucnej i wzmożenie rysunku wnęki. Stanowi temu niekiedy towarzyszy gorączka lub stany podgorączkowe, często nie zauważone nawet przez chorego. Często stwierdza się zaburzenia rytmu serca, począwszy od skurczów dodatkowych, aż do bloku całkowitego. Badanie kliniczne serca stwierdza zmiany różne, nie stałe i nie charakterystyczne dla gośćcowego zapalenia mięśnia sercowego: często rytm cwałowy, tarcie osierdzia. szmer nad zastawką dwudzielną — niekiedy nawet nie stwierdza się żadnych odchyleń.

W płucach najczęściej występują rzężenia zastoinowe i zawały krwotoczne, pojawiające się nagle, z równoczesnym wzniesieniem się gorączki. Często spotyka się również obustronne zazwyczaj wysiękowe zapalenie opłucnej, o przebiegu przewlekłym, wysięku trudno wchłaniającym się, zawierającym początkowo elementy wielojądrzaste z nielicznymi limfocytami i komórkami śródbłonkowymi, po pewnym czasie same limfocyty.

Te różnorodne objawy ze strony płuc i opłucnej, występujące równocześnie z niewydolnością krążenia, zasługują na uwagę.

Ad. 2. Objawem zasadniczym, towarzyszącym zawsze gośćcowemu zapaleniu mięśnia sercowego, jest gorączka, nie posiadająca typu specjalnego, jednak zazwyczaj wysoka, ciągła, sięgająca 39 — 40°, o nie wielkich wahaniach, nie przekraczających kilku kresek. Wpływ leczenia salicylowego na przebieg gorączki jest różny — w przypadkach o przebiegu łagodnym ustępuje całkowicie, jednak u większości chorych utrzymuje się mimo intensywnego leczenia, przy równoczesnych obfitych potach i bladości skóry.

Autorzy stwierdzili, że leczenie salicylanem sodu ma duży wpływ na dalszy przebieg gośćcowego zapalenia mięśnia sercowego. W wielu przypadkach następuje zupełne wyzdrowienie, jednak leczenie musi być rozpoczęte wcześnie, stosowane długo i w dużych dawkach. Pod jego wpływem duszność zmniejsza się, objawy obrzęku płuc cofają się, powiększenie wątroby ustępuje, obrzęki znikają. Chory mimo pozostających zmian zastawkowych, w okresie wyrównania czuje się dobrze i jest zdolny do pracy. Jednak przyłączenie się każdej choroby gorączkowej grozi zaostrzeniem, często śmiertelnym.

Dane anatomiczne.

Opisywane przez licznych autorów guzki Aschoffa spotyka się w gośćcowym zapaleniu m. sercowego stosunkowo rzadko. Deja, Weill i Barion uważają za charakterystyczne zmiany śródmiąższowe, polegające na zniknięciu prążkowania poprzecznego, zatarciu prążkowania podłużnego i zwyrodnieniu wodniczkowym; wygląd mięśnia sercowego staje się siatkowaty lub pęcherzykowy. Laubry, Welser i Levêque uważają za charakterystyczne równoczesne zmiany w całym sercu, ze skłonnością do zmian około naczyniowych i mnogością histiocytów. Zmiany te jednak nie są stałe i nie mogą być uważane za patognomoniczne dla gośćcowego zapalenia mięśnia sercowego.

Leczenie winno iść w trzech kierunkach.

1) *Leczenia objawowego:* stosowanie środków tonizujących serce — naparstnicy, ouabainy, kamfory. Bańki. Krwioupust.

2) Leczenia przyczynowego — pod postacią preparatów salicylowych drogą doustną lub w razie potrzeby dożylną lub w lawatywach, w dawkach 5—10 g. salicylanu sodu dla dzieci, 10—15 g. dla dorosłych. Leczenie to uuzpełnia się proteinoterapią, autohemoterapią, lub wstrzykiwaniami zawiesiny siarki. Stosuje się również antipyrinę i jodek potasu.
3) Leczenia zapobiegawczego, polegającego na długotrwałym pobycie w łóżku, przynajmniej do chwili ustąpienia gorączki oraz stosowaniu małych dawek salicylanu sodu 2—4 g dziennie.

Irena Hromowa.

CHOROBY NERWOWE

Pochodzenie trzewne niektórych postaci półpaśca. (Origine viscérale de certains zonas). Par. M. Loeper et G. Loisel.

La Presse Médicale, 29 mai 1937.

Oprócz znanych oddawna przypadków półpaśca, powikłanych w następstwie chorobą narządów wewnętrznych (wątroby, żołądka, jelit i tp.), istnieją niewątpliwie postacie półpaśca pochodzenia trzewnego. Autorzy opisują trzy przypadki choroby wrzodowej żołądka, gdzie po długotrwałej chorobie zasadniczej wystąpiły objawy półpaśca. Obserwowano również opryszczkę półpaścową po zapaleniu serca i osierdzia, po atakach kamicy wątrobowej, po kolce nerkowej z wysoką temperaturą i krwiomoczem, po wodonerczu pochodzenia zakaźnego. We wszystkich tych powikłaniach opryszczka występowała ściśle w odcinkach skóry, odpowiadających według Heada sercu, wątrobie, względnie nerkom.

Czy przebieg porażenia postępującego, pozwala stwierdzić zmiany pod wpływem współczesnego leczenia. (L'évolution de la paralysie générale progressive, est-elle modifiée par les thérapeutiques modernes?) Par P. — A. Chatagnon et Mlle Chatagnon.

La Presse Médicale, 29 mai 1937.

Opierając się na danych statystycznych dużego szpitala psychiatrycznego na 3000 łóżek, obsługującego 3 najbardziej zaludnione departamenty (Seine - et - Marne i Oise) autorzy przychodzą do następujących wniosków: liczba mężczyzn paralityków ulega stałej zwyżce począwszy od 1926 do 1932. Największa ilość przypada na 1926 — 1927 i na 1928 (z okresu wojennego!). W 1933 stwierdzono wyraźne zmniejszenie ilości przyjętych paralityków. Częstość porażenia postępującego u kobiet jest zmienna i zawsze niższa (o połowę), niż u mężczyzn; w latach 1925 — 1926 i 1932 stwierdzono wprawdzie pewną zwyżkę, ale zawsze o wiele niższą, niż u mężczyzn. Istnieje wyraźne

obniżenie śmiertelności zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet w miarę zbliżania się do roku 1933. Są to prawdopodobnie konsekwencje energicznego leczenia. Leczenie przeprowadzono pięciowartościowym arsenem, rtęcią i bizmutem oraz zimnicą.

Guzy mózgu i zaburzenia psychiczne. (Tumeurs cérébrales et troubles mentaux) Par MM. J. Dechaume, E. Larrive et R. Mathon.

Revue de Médecine. Nr. 6. 1937.

Pomiędzy objawami zwiastunowymi guzów mózgu, nawet w najwcześniejszym okresie, poza wszelkimi oznakami wzmożonego ciśnienia śródczaszkowego, do bardzo ważnych należą zaburzenia psychiczne. Właściwie mówiąc, zaburzeń psychicznych patognomonicznych dla guzów mózgu nie ma. W guzach obserwuje się zasadnicze zespoły psychiczne (otępienie, majaczenie itd.). Najczęściej dopiero drogą wyłączenia można myśleć o nowotworze. Jednak w rozpoznaniu zaburzenia psychicznego ostrego lub chronicznego o pochodzeniu nieznanym należy, stosując wszelkie dostępne nam środki badania, zawsze przede wszystkim wyeliminować możliwość guza. Wczesne rozpoznanie decyduje o skuteczności interwencji neurochirurgicznej.

Psychalgie albo natręctwa bólowe. (Les psychalgies ou douleurs obsédantes). L. Bourrat et R. Coche.

Revue de Médecine. Nr. 6. 1937.

Psychalgie lub bóle neuropatyczne są pochodzenia ośrodkowego: jest to zjawisko okorowe, rzutowane na organy wewnętrzne, punktem wyjścia dla niego niemal zawsze jest cierń drażniący, organiczny , często nieznaczny i przejściowy. Umiejscowione mogą być niemal wszędzie. Rozróżnia się przeto psychalgie mózgowe (twarzowe, jamy ustnej i zębów, jamy nosogardzielowej), psychalgie klatki piersiowej, brzuszne, organów miednicy małej (szczególnie organów płciowych), wreszcie nawet psychalgie kończyn. Występują o wiele częściej ,niż się przypuszcza. Każdy lekarz - praktyk, nawet nie specjalista bez względu na rodzaj swych zainteresowań musi umieć je wykrywać. Podwójne niebezpieczeństwo grozi każdemu, zależnie od temperamentu i nawyków myślowych. Lekarz skłonny jest widzieć w tego rodzaju chorych histerię ,mniej lub więcej świadomych symulantów, godnych conajwyżej energicznej sugestii. Albo też, sądząc, że jednak ma się do czynienia z chorym somatycznie, szuka ustawicznie zmian organicznych, tworząc recydywistów sal operacyjnych i definitywnie utrwalonych neuropatów. Tylko właściwe i dokładne rozpoznanie, przed wszelkim zabiegiem leczniczym pozwoli uniknąć tych błędów. Konieczne jest przy tym wyczerpujące zorientowanie się co do natury początkowego zaburzenia, leżącego u podstawy natręctwa bólowego. Leczenie polega w pierwszym rzędzie na reedukacji moralnej osobniczej. Autorytet osobisty lekarza i zaufanie, które potrafi wpoić w chorego, znacznie ułatwiają postępowanie. Po bardzo dokładnym zbadaniu, należy przede wszystkim upewnić chorego, że jest zupełnie zdrów, odwrócić uwagę jego od organów, wchodzących w grę, należy zażądać przerwania wszelkiego leczenia oraz ciągłej autoobserwacji. Zmiana otoczenia stwarza najdogodniejsze warunki dla leczenia. Kierując życiem afektywnym chorego odwracamy uwagę od chorobliwych zainteresowań. Dbamy o stan ogólny, unikając jakiegokolwiek leczenia miejscowego loco dolenti.

Kuligowski.

CHOROBY DZIECI

Obecny stan lecznictwa zapaleń płuc u niemowląt. (Etat actuel du traitement de la bronchopneumonie du nourrison). G. Schreiber.

La Pédiatrie pratique. Nr. 9. 1937.

Zapalenie płuc jest nadal jeszcze jednym z najbardziej groźnych cierpień wieku niemowlęcego. Jednakże unikanie niektórych błędów, mogących paraliżować siły obronne niemowlęcia, a jednoczesne stosowanie najnowszych środków terapeutycznych może znacznie poprawić rokowanie w tym schorzeniu.

Autor zwraca uwagę na dwa najważniejsze błędy, których należy unikać. Na pierwszym miejscu stawia niedożywianie niemowlęcia. W wielu bowiem przypadkach zapaleń płuc, kończących się niepomyślnie, pogorszenie następuje wskutek niedostatecznego odżywiania dziecka. Autor radzi nieograniczać pożywienia ilościowo i jakościowo, lecz przeciwnie należy się starać, by nawet przy braku łaknienia niemowlę otrzymało dostateczną ilość pożywienia. Poszczególne posiłki mogą być mniejsze, lecz za to częściej podawane. Drugim ważnym błędem, popełnianym przez otoczenie, a którego należy się strzec, — to zmęczenie niemowlęcia różnymi zabiegami i źle pojętą pielęgnacją. O ile tylko można, nie należy przerywać dziecku snu.

Leczenie przeciwgorączkowe. Hydroterapia, stosowana od wielu lat, w zapaleniach płuc u dzieci powinna być wykonywana metodycznie. Jeśli ciepłota ciała przekracza 39°, zaleca się ciepłe kąpiele 3 razy dziennie, trwające nie dłużej niż 10 min. Sinica znacznego stopnia, niedomoga układu krążenia stanowią przeciwskazanie do stosowanie kąpieli. W tych przypadkach należy się ograniczyć do wilgotnych okładów na klatkę piersiową na przeciąg ½ — 1 godziny, przy czym raz dziennie kładzie się okład gorczyczny. W przypadkach hypertermii należy podawać pyramidon (0,05) w czopkach 1 — 2 razy dziennie.

Leczenie swoiste. Leczenie szczepionkami wieloważnymi autor uważa za celowe, ale tylko jako uzupełniające. Szczepionki podaje się w małych, stopniowo zwiększających się dawkach. Stosowanie surowic (między innymi paciorkowcowej) daje nikłe wyniki. Niektórzy pediatrzy z Babonneix na czele twierdzą, że podawanie surowicy penumokokowej jest w ogóle bez znaczenia. Natomiast Nobécourt i jego uczniowie zalecają codzienne podawanie surowicy pneumokokowej w ilości 5 — 15 cm^3 jako dające dobre wyniki.

Chemoterapia. Domagk wprowadził do terapii środek pochodzenia barwikowego — rubiazol, który działa szczególnie dodatnio w schorzeniach wywołanych przez paciorkowce. Zakażenie paciorkowcowe odgrywa bardzo ważną rolę w przebiegu zapalenia płuc — rubiazol należy zatem stosować. Autor przytacza przypadek ciężkiego zapalenia płuc, w którym podawanie rubiazolu spowodowało szybką poprawę. Preparat ten należy podawać w dużych ilościach (niemowlę w 1. r. życia od ½ do 2 tabletek dziennie).

Haemoterapia. Przetaczanie krwi odgrywa bardzo ważną rolę w leczeniu zapalenia płuc i w przypadkach, w których zjawiają się objawy zatrucia i ogólnego zakażenia, obniża ono znacznie śmiertelność (z 70% na 30 — 20%). Poszczególni autorowie stosują różnej wielkości dawki krwi: 5—40 cm^3 na kg wagi. W razie obecności zaburzeń w krążeniu zalecają niektórzy najpierw upust, a później dopiero przetaczanie krwi; inni znów radzą stosować przetaczanie krwi od dawcy, który uprzednio przebył wielokrotnie cierpienie zakaźne płuc.

Leczenie duszności. Duszność w zapaleniu płuc powstaje nie tylko mechanicznie, lecz także jest ona pochodzenia nerwowego i toksycznego. Celem jej zwalczenia stosuje się tlenoterapię. Tlen podaje się zazwyczaj przy pomocy inhalacji, rzadziej w postaci wstrzykiwań podskórnych. Zapotrzebowanie tlenu jest różne w zależności od wieku niemowlęcia; przeciętnie wynosi ono około 5 litrów na minutę. Prace wielu autorów amerykańskich i francuskich wykazują, że bardzo dużą rolę w zwalczaniu duszności odgrywa CO^2, który ich zdaniem powinien zastąpić podawanie tlenu.

Poza tym w celu wzmocnienia układu krążenia stosuje się środki pobudzające, i tonizujące ten układ (kamfora, kofeina, roztw. glukozy). Pożyteczne jest także podawanie roztworu digitaliny. W przypadkach powikłań ze strony serca wstrzykuje się domięśniowo ouabainę w dawce ⅛ mgr w ciągu 6, 8 i nawet 10 dni. Przestrzeganie powyższych wskazówek terapeutycznych pozwala w wielu przypadkach uratować życie dziecka.

P. Wójciak.

Dr. P. Baumritter. Wymioty okresowe z acetonemią w wieku dziecięcym. Warszawa 1938.

Praca ukazała się jako 42-gi zeszyt zasłużonedo dla rozwoju polskiej nauki pediatrycznej wydawnictwa p. n. „Polskie monografie i wykłady z dziedziny pediatrii" (redaktor — prof. dr M. Michałowicz); liczy 50 stron druku, jest zaopatrzona w streszczenie francuskie.

Na jej treść składają się: krótki historyczny zarys rozwoju badań nad zagadnieniem wymiotów acetonemicznych u dzieci, omówienie klinicznych objawów schorzenia w jego typowych poronnych postaciach z uwzględnieniem charakterystyki zachowania się pacjentów w okresach międzynapadowych oraz dołączeniem krótkiego opisu 8 przypadków z materiału warszawskiej kliniki pediatrycznej, zestawienie dotychczasowych — naogół skąpych — danych co do zmian anatomiczno - patologicznych; stosunkowo obszerny, prawie połowę pracy wypełniający, przegląd wentylowanych obecnie zapatrywań na etiologię i patogenezę; omówienie całokształtu trudności różniczkoworozpoznawczych oraz niektórych szczegółów klinicznych, nie pozbawionych znaczenia przy ustalaniu rokowania; wreszcie wyłożenie przyjętych obecnie zasad postępowania leczniczego zarówno w okresie samych napadów, jak i w okresach pomiędzy nimi.

Zasadniczą wartość pracy stanowi, dostosowane do współczesnych pojęć naukowych, pogłębienie jej treści ponad to zasługują na podkreślenie: jasny wykład, poprawny język i nader staranna szata zewnętrzna.

Dr. St. Łyskawiński.

GINEKOLOGIA.

Leczenie raka szyjki macicy przy pomocy promieni Roentgena, radu i elektroagulacji. (Traitement du cancer du col par la radiothérapie (rayons X et radium) et l'electrocoagulation). Pierre Lehmann i P.Harquès.

Revue franc. do Gyn. et d'Obstetr. Novembre 1937, Nr. 11, str. 763.

Autorowie na wstępie do zestawień wyników leczniczych i wskazań podają mechanizm działania fizykoterapii na komórki i tkanki, oraz technikę leczenia.

Szereg tkanek i komórek reaguje niejednakowo na naświetlania. Prawo Bergonié, Tribondeau i Perthes głosi, że komórka jest tym wrażliwsza, im jej zdolność do podziału jest większa, a czynność mniej zróżnicowana. Dustin uzależnia wrażliwość komórek od stanu zagęszczenia chromatyny w jądrze. W myśl tych praw najczulszym na naświetlania jest rak z komórek płaskich, a w nim wrażliwsze są te kom.rki, które znajdują się w okresie podziału.

Przechodząc do techniki leczenia autorowie podają, że najbardziej rozpowszechnioną metodą leczenia we Francji radem jest zakładanie aplikator'w jednocześnie do macicy i do pochwy, po uprzednim rozszerzeniu kanału szyi i przepłókaniu pochwy płynem antyseptycznym. W przypadkach technicznych utrudnień (duże guzy, niedrożność szyjki), leczenie zostaje rozdzielone na 2 tempa. Leczenie radem przedstawia ryzyko zakażenia, oraz możliwość powstania przetok i stwardnień w pochwie.

Telecurieterapia — bardzo kosztowna—jest mało używana. Polega ona na naświetlaniu miejsc podejrzanych o nacieczenie rakowe, przy pomocy ognisk radioczynnych, położonych nazewnątrz w aparatach jedno lub wieloogniskowych.

Naświetlanie promieniami Roentgena może być bądź miejscowe — rzadko stosowane, bądź na okolicę przymaciczną. Najbardziej rozpowszechniona jest metoda Coutarda, polegająca na stosowaniu jednej serii naświetlań rozdzielonych na szereg seansów krótkich, stosowanych 2 razy dziennie. Dla chorych leczących się ambulatoryjnie autorowie proponują naświetlania 2 — 3 razy tygodniowo.

Telerentgenoterapia polega na naświetlaniu całego ciała; w przypadkach raków bardzo rozległych naświetlanie to nie działa zabójczo na komórki raka, lecz znosi bóle i wywiera dobry wpływ prawdopodobnie na drodze hormonalnej.

Elektrokoagulacja działa w przeciwieństwie do radioterapii jednakowo na każdą tkankę, powodując tworzenie się strupa, który zwolna oddziela się.

Leczenie środkami fizykalnymi powinno poprzedzić dokładne zbadanie stanu serca, płuc, tętna, ciśnienia i morfologii krwi. Konieczną jest dokładna znajomość obszaru nacieczenia rakowego, stanu przydatków, pęcherza i odbytnicy. Występujące u wielu osób na początku leczenia zawroty głowy i wymioty łatwo jest opanować podawaniem Ca Cl_2, efetoniny lub belladonny. Brak tolerancji na naświetlania, przejawiający się zawrotami, niepokojem, przyśpieszeniem tętna i obniżeniem ciśnienia krwi nie jest przeciwwskazaniem do dalszego leczenia. Ciężka anemia natomiast występuje rzadko i przejawia się spad-

kiem ilości białych ciałek krwi z jednoczesnym przesunięciem w kierunku zwiększenia się ciał jednojądrzastych.

Opisane metody lecznicze mogą być łączone z sobą. Najczęstszym połączeniem jest stosowanie radu i promieni X na przymacicza. Autorowie polecają jako I-szy etap leczenia naświetlanie promieniami X, które zmniejszają zakażenie i krwawienie, atakują schorzenie od obwodu, oraz udrażniają kanał szyi, umożliwiając następowe leczenie radem.

Gerner i Mallet stosują koagulację z radem, zaś przy niemożności stosowania radu z telecurieterapią i naświetlaniem promieniami X.

Naświetlanie promieniami Roentgena po dokonanej operacji dało wyniki rozbieżne. Bumm, Warnerkross i inni otrzymywali wyniki dobre, podczas gdy Philliph, Friedl i Smidt uważają je za szkodliwe.

Schinz, stawiając wskazania do naświetlań, kieruje się wynikiem operacji i stanem narządów.

Po operacji doszczętnej nie stosuje się naświetlań. Po operacji doszczętnej, lecz dającej możliwość nawrotu stosuje się naświetlanie zapobiegawcze zaraz, bądź po wystąpieniu nawrotu. Operacja niedoszczętna jest wskazaniem do stosowania promieni X.

Dobre jest również stosowanie naświetlań promieniami Rentgena przed operacją, powoduje bowiem często uruchomienie guza i udostępnienie operacji. Operację należy wykonać w 6 — 8 tygodni od początku naświetlań.

Wielu autorów dodaje do radioterapii nagrzewanie diatermią długofalową, krótkofalówką, promieniami fiołkowymi celem wzmocnienia ustroju i uczulenia tkanek.

Wyniki lecznicze przedstawiają się następująco.

Badaniem histologicznym uzyskuje się zagęszczenie i rozpad jądra, zmniejszenie ilości podziału, bądź podział atypowy, wchłanianie komórek, wreszcie równowagę stanu komórek, która jeśli jest ostateczna równa się wyzdrowieniu, jeśli jest tylko przejściowa następuje po niej nadmierne mnożenie się. Guz w całości ulega zmniejszeniu, obrzękowi i zrogowaceniu.

Wyniki kliniczne (opisane przez Mathren-Cornat) mogą być następujące.

A) Jeśli dawka jest zbyt mała, bądź naświetlenie nie obejmuje dostatecznie dużego pola, bądź guz jest mało wrażliwy — po czasowym polepszeniu może wystąpić nawrót, który jest wskazaniem do następnego naświetlania.

B) Przy stosowaniu leczenia wyłącznie radem występuje często, już po zniknięciu pierwotnego raka, nowe ognisko rakowe w miednicy małej, powodujące silne bóle krzyża. Bóle te należy odróżnić od bólów związanych z późnymi uszkodzeniami po leczeniu, przy których istnieje przeciwwskazanie do II-go naświetlania.

C) W raku bardzo rozległym, lub odpornym na leczenie z jednoczesnym polepszeniem w obrębie guza pierwotnego, mogą zjawić się dalekie przerzuty poza miednicą małą.

D) Najlepszym zejściem jest wyzdrowienie zupełne o którym można mówić po pięcioletniej obserwacji. Odsetek zupełnego wyzdrowienia zależy od okresu choroby.

Statystyki wielu autorów obejmują lata od 1913 — 1935 a oparte są o minimum 262 przypadków. Ogólny odsetek wyleczeń wynosi 19,4% — 23,5%.

dla okresu	I-go	— 45%	— 87,87%
„ „	II „	— 24%	— 50%
„ „	III „	— 10,5%	— 45%
„ „	IV „	— 0%	— 7,2%

Schinz na zasadzie zbiorowych statystyk, opartych o 1379 przypadków, podaje odsetek ogólnego wyzdrowienia na 21%, Bunnet — 20,3%.

Wskazania do leczenia fizykalnego przedstawiają się zdaniem autorów następująco.

Okres I. Wobec dobrych wyników zarówno leczenia operacyjnego jak i fizykalnego, pozostawiają autorowie te przypadki do leczenia radem,w których istnieje przeciwwskazanie do zabiegu. Operować natomiast polecają raki małowrażliwe, bądź powikłane sprawą zapalną, bądź zmianami w pochwie uniemożliwiającymi założenie radu. Naświetlanie promieniami X powinno poprzedzać leczenie radem. Okres II i III są wskazaniem do leczenia radem i promieniami Roentgena, dla okresu IV nadają się wyłącznie promienie X. O ile zły stan chorej spowodowany ciężką anemią, cukrzycą, zakażeniem itp. nie pozwala na stosowanie naświetlań promieniami X, stosują autorowie telerentgenoterapię, połączoną z częstą kontrolą morfologii krwi.

Sposób zawieszenia macicy przez usztywnienie wiązadeł obłych nitkami z włosia końskiego. (Ma procédé d'hystéropexie par coulissage de crins dans les ligaments ronds). Mocquot, Palmeri i Riazi.

Bull. Soc. Obstétr. Paris V. 26, str. 447, 1937 r.

Autorzy przytaczają 2 przyp., w których z powodu obniżenia macicy wykonali następującą operację.

Cięcie wg. Pfannenstiela, załatwienie odpowiednich zabiegów wewnątrz-brzusznych, następnie przekłucie wielką igłą przedniej ściany macicy od rogu do rogu i przeprowadzenie 2 nitek z włosia końskiego; teraz te same nitki przeprowadza się dużą igłą wzdłuż więzadła obłego od rogu macicy do ujścia wewnętrznego kanału pachwinowego.

Pozostaje dalej tylko przeprowadzenie końców nitek od wewnętrznych ujść kanału pachwinowego przez mięśnie proste, na zewnątrz od epigastrica, i wreszcie przeprowadzenie oddzielnie każdego z końców poszczególnych nitek i przez powięź i związanie ich po każdej stronie z sobą.

Autorzy są zupełnie zadowoleni z dotychczasowych obserwacji; przyczem I chorą spostrzegali już przez 7 mies. w zupełnie dobrym stanie.

Jeśli by naciągnięcie nitek wywoływało jakieś dolegliwości lub powikłania w ciąży — wystarczy naciąć skórę w okolicy kanału pachwinowego dotrzeć do węzłów nitek, przeciąć je i nitki wydobyć.

Autorzy przypisują powyższej operacji większe powodzenie, niż dotychczasowym metodom zawieszania macicy na skróconych więzach obłych.

Znaczenie lecznicze przedmuchiwania trąbek (Le role thérapeutique de l'insufflation tabulaire). Fernand Chatillon.

Gynécologie et Obstétrique. Mai 1937.

Autor opisuje 100 własnych przypadków przedmuchiwania jajowodów u kobiet bezpłodnych. Co do samej techniki przedmuchiwania, to autor używa aparatu Donaya. Przedmuchuje na 5 — 8 dzień po skończonym periodzie. Przy pierwszym zabiegu podnosi ciśnienie maksymalnie do 180 mm Hg, przy powtórnym do 230 mm Hg, nigdy tej granicy nie przekraczając. Jako warunek przedmuchiwania autor uważa, brak jakiejkolwiek sprawy zapalnej w ustroju i narządach rodnych oraz dodatni wynik badania nasienia męża. Z oznak drożności trąbek najważniejszym jest t. zw. ból łopatkowy. Z niebezpieczeństw autor wymienia 1) zator powietrzny, 2) infekcję, 3) pęknięcie jajowodu, 4) omdlenie.

W obserwowanych 100 przypadkach autor otrzymał: w 46 zupełną drożność, w 22 absolutną niedrożność, w 18 częściową drożność, w 24 jajowody stały się drożne po kilku przedmuchiwaniach. W przypadkach uzyskanej drożności 7 kobiet zaszło w ciążę z czego — 4 w miesiąc po przedmuchiwaniu a 3 w ciągu ½ roku. We wnioskach autor twierdzi, że przedmuchiwanie powinno być w przypadkach niepłodności stosowane zawsze jako zabieg mało niebezpieczny, a często skuteczny.

Ciąża i poród po przecięciu nerwu przedkrzyżowego. (Grossesse et accouchement après résection du nerf présacré).

La Gynécologie, Novembre 1937, str. 617.

Operacja Cotte'a polegająca na przecięciu nerwu przedkrzyżowego wzbudzała u niektórych autorów (Guggisberg) wątpliwości, czy zabieg ten przecinający obok włókien współczulnych także włókna czuciowe układu rdzeniowego, a co najważniejsze — włókna ruchowe współczulne — nie może odbić się na czynności porodowej macicy. Włókna te, biorące swój początek z ośrodków roślinnych śródmóżdża, przewodzą bodźce ruchowe dla mięśni gładkich jajowodu, macicy, pochwy, mają wpływ na czynność wydzielniczą gruczołów płciowych oraz regulują napięcie mięśni prążkowanych dna miednicy.

Innymi słowy przecięcie nerwu przedkrzyżowego znieść może w zakresie nerwów współczulnych regulację ruchową tak w zakresie wewnętrznych narządów rodnych, jak mięśni krocza.

Wbrew tym rozumowaniom teoretycznym doświadczenie kliniczne poucza, że omawiana operacja nie wywołuje żadnych zaburzeń w zakresie czynności ruchowej. Ostatecznym dowodem słuszności tego twierdzenia jest prawidłowy przebieg ciąży i porodu, co potwierdza autor przytaczając swoje dwie obserwacje.

W obydwu przypadkach poród przebiegał bez najmniejszych powikłań i skończył się urodzeniem żywego dziecka.

Wrodzony brak sklepienia czaszki u noworodka. Utrzymanie przy życiu. Proces gojenia się. (Absence congènitale de le voûte cranienne chez un nouveau-né. Survie et processus de réparation). Robyn G.

Bull. Soc. Belge Gynéc. T. 12, str. 203, 1937.

W przypadku autora chodziło o niedonoszone dziecko, które urodziła się z brakiem całkowitym sklepienia czaszki.

Stan ogólny zupełnie dobry.

Zastosowano ochronne kompresy z ciepłego roztworu fizjologicznego.

Wkrótce stwierdzono, że na oponie twardej wytwarza się tkanka ziarninowa, a ta z kolei zaczyna pokrywać się skórą.

Po 4 miesiącach dziecko czuło się zupełnie dobrze. Autor ma nadzieję, że z biegiem czasu skostnieje tkanka łączna, pokrywająca obecnie oponę twardą.

Ośrodek dawczyń mleka kobiecego zorganizowany przez służbę zdrowia Paryża. (Le centre des donneuses de lait de femme de l'assistance publique de Paris). Briand H.

Nourisson 25, str. 228, 1937.

Od 20.XI.1936 r. istnieje w Paryżu przy klinice położniczej t. zw. „Lactarium", czyli ośrodek dawczyń mleka kobiecego dla noworodków, potrzebujących koniecznie tego pokarmu. W ośrodku tym mieszkają matki ze swemi dziećmi i w odpowiednich porach ściąga się im nadmiar mleka, które z kolei sprzedaje się po cenie 10 fr. za 100 gramów.

Dawczyniom niewolno opuszczać zakładu — są one b. starannie wybierane pod względem zdrowotnym i znajdują się pod stałą kontrolą lekarską (np. nie zbyt młode, powyżej 19 lat).

Mleko odciąga się elektryczną pompą (wg Abta), z której wlewa się bezpośrednio do wyjałowionych flaszek po 100 g; — flaszki te wstawia się do lodówki i mleko jest już gotowe do sprzedaży.

Mleko dostarczane przez poszczególnie dawczynie jest ważone, stanowi to podstawę do obliczenia jego ceny.

Niekiedy uzyskiwano 4 — 5 litrów mleko od 5 — 6 dawczyń. Sprawa przechowywania mleka jest jeszcze opracowywana.

T. Zawodziński

ORTOPEDIA.

Blok kręgowy. (Le bloc vertébral). Roederer.

La Presse Méd. Nr. 58, 1937.

Blokiem kręgowym nazywa autor zlanie się dwóch albo więcej kręgów w jeden twór kostny. Sprawę tę widuje się najczęściej w dolnym odcinku kręgosłupa w postaci zlania się V kręgu lędźwiowego z kością krzyżową (t. zw. sakralizacja V okręgu lędźwiowego). Rzadziej już zmiany tego rodzaju spotykają się w górnym odcinku kręgosłupa, gdzie krąg I może stapiać się w jedną całość z kręgiem II, albo krąg II z III, w wyniku czego zmniejsza się zwykła liczba kręgów szyjowych. Jeszcze rzadziej blok kręgowy dotyczy kręgów grzbietowych i lędźwiowych.

Autor miał jednak sposobność spostrzegać szereg chorych właśnie ze zmianami w odcinkach grzbietowym i lędźwiowym kręgosłupa. Stopione w jedną całość bywają z reguły tylko 2 kręgi, zdarza się wszakże, że blok obejmuje więcej kręgów, cztery, pięć a nawet 6. Stopione kręgi tworzą bądź kolumnę prostą, bądź zgiętą ku przodowi. Rozpoznanie nie zawsze jest łatwe nawet po wykonaniu dokładnych zdjęć rentgenowskich. W szczególności odróżnienie od zmian gruźliczych, albo pourazowych może nastręczać poważne trudności. Współistnienie innych wad wrodzonych (rozszczepienie kręgów, niedorozwój kości krzyżowej i t. p.) przemawia za rozpoznaniem bloku kręgowego.

Patogeneza cierpienia pozostaje niewyjaśnioną. Być może chodzi tu o wrodzony brak chrząstek międzykręgowych, albo o wstrzymanie podziału kręgosłupa na segmenty w zarodkowym okresie jego rozwoju, albo wreszcie o skostnienie szpar międzykręgowych.

Osteoliza miednicy nieokreślonego pochodzenia. (Ostéolyse du bassia d'origine indéterminée). M o u c h e t, R o u v i l l o i s.

Mémoires de l'Acad. de Chir. T. 63, Nr. 8, 1937.

12 letnia dziewczynka upadła na lewy bok. Po pewnym czasie spostrzeżono, że dziecko w końcu dnia powłóczy nieco lewą nogą. Chora przy tym czuła się zupełnie dobrze, biegała, pływała, grała w tenis; ciepłota była prawidłowa. Po upływie 5 miesięcy chora wyraźnie kulała, nie odczuwając przy tym żadnych bólów. Stwierdzono wtedy zanik umiarkowanego stopnia mięśni lewej dolnej kończyny, a badanie rentgenowskie wykazało poza tym częściowe rozpuszczenie się trzonu kości miednicy po stronie lewej. Przypuszczając gruźlicę stawu biodrowego, zastosowano unieruchomienie w opatrunku gipsowym, środki uwapniające i wzmacniające. Sprawa jednak postępowała; kolejne badania rentgenowskie wykazywały postępujące znikanie kości lewej połowy miednicy, aż po upływie roku od początku choroby stwierdzono zupełne prawie rozpuszczenie się kości kulszowej, łonowej oraz panewki wraz ze zwichnięciem główki kości biodrowej do miednicy.

Podobnego rodzaju zmiany (osteolysis progressiva) spostrzegano, jak wynika z piśmiennictwa, również w kościach dłoni albo stopy. Tło choroby pozostaje nieznane; zdaniem autorów uraz, jako czynnik chorobotwórczy, jest bez znaczenia.

Odtworzenie lewego kciuka zapomocą przeszczepów skórnych i kostno-okostnowych. (Reconstitution par greffes cutanées et ostéo-periostiques du pouce gauche). D e s p l a s.

Mémoires de l'Acad de Chir. T. 62, Nr. 30, 1930.

U osobnika 45 letniego pozostała po wypadku jedynie podstawa kciuka lewego, wraz z zachowanym stawem śródręczno - paliczkowym. Leczenie polegało na szeregu zabiegów operacyjnych. Przede wszystkim wytworzono ze skóry brzucha płat uszypułowany, zwinięty w rurę, przy czym skóra zwrócona była do zewnątrz. Następnie w środek rury skórnej, wciąż połączonej z powłokami brzucha zapomocą szypuły, wprowadzono przeszczep kostno - okostnowy pobrany z piszczeli. Dalej zwykłą metodą włoską połączono okrwawiony kikut kciuka z tworem skórno - okostnowokostnym wytworzonym na brzuchu. Po paru miesiącach, gdy twór ten mający zastąpić kciuk przyrósł do ręki, szypułę jego odcięto. Po wielokrotnych zabiegach uzupełniających, mających przede wszystkim na celu mocne połączenie podstawy paliczka kciuka z kostną częścią przeszczepu, uzyskano ostatecznie odtworzenie kciuka zadawalniające zarówno z punktu widzenia kształtu, jak czynności.

Odtworzenie zapomocą wszczepu wyciętych z powodu guza trzonu i dolnej nasady kości ramieniowej. (De la reconstitution par greffe de l'extrémité inférieure de l'humerus, après résection diaphyso - épiphysaire pour tumeur). L e r i c h e, S t u l z.

Mémoires de l'Acad. de Chir. T. 62, Nr. 32, 1936.

Wyciętą część trzonu kości ramieniowej przeważnie udaje się bardzo dobrze odtworzyć zapomocą przeszczepu kostnego. Sprawa przedstawia się wiele gorzej, gdy chodzi o odtworzenie nasady. W jednym przypadku, gdzie z powodu guza dolnej części kości ramieniowej wypadło dokonać wycięcia części trzonu wraz z dolną nasadą, zastąpili autorzy brakującą kość wszczepami pobranymi z piszczela i uzyskali bardzo dobry wynik anatomiczny i czynnościowy.

Ostrowski.

CHOROBY UCHA, GARDŁA, NOSA.

Klinika i leczenie gruźlicy języka. (La tuberculose de la langue, sa clinique et sa thérapeutique). B i n s t o k M. S.

Revue de laryngologie. 1937. Nr. 7.

Na 66 przypadków gruźlicy jamy ustnej statystyki L u k o m s k i e g o przypada 28 (= 46%) na gruźlicę języka, na 523 sekcji G e r s z k o w i c z y stwierdza 79 przypadków gruźlicy jamy ustnej, w tym 50 (= 63,3%) gruźlicy języka. Do obrazu anatomicznego przyłączają się subiektywne objawy bólu, utrudnienia w mowie i połykaniu. Autor radzi porzucić dotychczasowy czysto morfologiczny podział grup tej jednostki chorobowej, nie uwzględniający ważnych momentów klinicznych i nie przedstawiający wartości z punktu widzenia leczenia: 1) forma prosówkowa, 2) gruźliczak (tuberculoma), 3) wrzód gruźliczy, 4) pęknięcie gruźlicze, 5) zimny ropień, 6) brodawczak i 7) wilk). Autor zaleca podział na trzy grupy, uwzględniający patogenezę, rozwój kliniczny jakoteż związek zmian z całokształtem gruźlicy organizmu i stanu immuno-biologicznego. Grupy te są następujące: 1) postać pochodzenia wykrztuśnego, 2) postać krwiopochodna i 3) powstająca na drodze limfatycznej (lymphogène). P o s t a ć p i e r w s z a jest powierzchowna i ogranicza się przeważnie do końca i brzegów języka (v. bliższe szczegóły w oryginale pracy). Rozwój zmian jest stosunkowo powolny. Postać tę można, zwłaszcza z początku, skutecznie leczyć głęboką galwanokaustyką, elektrokoagulacją, a nawet wycięciem. Gdy zmiany są bardziej posunięte, wskazane jest leczenie słońcem, promieniami pozafiołkowymi, lampą kwarcową, rentgenem. Wpływ rentgenoterapii dający naogół wyniki najskuteczniejsze, wyraża się wedle autora w wytworzeniu hypertermii, zmniejszeniu bolesności, przyśpieszeniu odgraniczenia, rozwoju ziarniny i nabłonka, wo-

góle procesów regeneracyjnych i bliznowatych. Skutek leczniczy znajduje się w odwrotnym stosunku do postępu sprawy ogólnej i intoksykacji organizmu w związku ze sprawą.

Postać druga cechuje się 1) rozległością zmian od samego początku i ich symetrycznym rozmieszczeniem (cechy te są następstwem związku zmian z zakresem rozgałęzień naczyń włosowatych), 2) głębokością zmian i 3) szybkim tempem ich rozwoju. Tutaj jedyne leczenie to objawowe, przeciwbólowe, obejmujące również leczenie energią promienistą, w pierwszym rzędzie rentgenem.

Postać trzecia cechuje się umiejscowieniem na korzeniu języka w okolicy czwartego migdałka i postępuje zgodnie z drogami limfatycznemi wzdłuż łuków i ku migdałkom jakoteż ku nagłośni (lub odwrotnie od nagłośni ku korzeniowi języka). Forma ta ma być związana z uprzednimi zabiegami chirurgicznymi u chorych na gruźlicę, jak wycięciem próbnym, operacją migdałków itp. Tutaj można stosować energię promienistą, lecz na pierwszeństwo zasługują: zamrażanie kwasem węglowym, przecięcie nerwu dziewiątego, lub nerwu krtaniowego górnego. Autor przytacza z licznego materiału zakładu (zakład klimatologiczny i klimatoterapeutyczny w Jałcie) poszczególne przykłady przebiegu chorobowego.

Jaglica a zmiany limfatyczne gardła. (Trachome et affections lymphadénoeides du pharynx). Cornet E.

jw.

Autor zbadał w zakładzie okulistycznym w Pnom-Pneuh (Kambodża) 2075 zdrowych i 1941 dotkniętych jaglicą, uwzględniając równocześnie zmiany na błonach śluzowych jamy ust, gardła i krtani. Autor dochodzi do następujących wniosków: 1) jaglicę można stwierdzić (przy uwzględnieniu także form postępujących) w 43,70%-ach przypadków materiału azjatyckich uczniów szkół znajdujących się w Pnom-Pneuh, w wieku od 4 do 24 lat. 2) U trachomatyków spotyka się o 15% więcej adenoidów niż u wolnych od jaglicy. Nie oznacza to, aby jaglica była pochodzenia limfatycznego, raczej można powiedzieć, że jaglica stowarzyszona jest często z zajęciem spojówek na tle limfatycznym (conjonctivite folliculaire-adénoide). 3) U 10,25% trachomatyków nie spotyka się żadnych zmian limfatycznych gardła, a conajwyżej pęcherzyki na śluzówce gardła. 4) W grupie przypadków, gdzie jaglica jest wątpliwa — identycznej z grupą, w której stwierdza się zapalenie spojówek o typie limfatycznym Tersona (conjonctivite folliculaire — adénoide) — znajduje się największy odsetek zmian limfatycznych gardła, 4) Co do przyczyn zmian limfatycznych gardła autor uważa, że wchodzą tu w rachubę: gruźlica dziedziczna, powtarzające się zakażenia dróg oddechowych, pasożyty, niedostateczne odżywienie, niedomoga czynnościowa gruczołów dokrewnych, zaburzenia trawienne. 5) Jaglica i zmiany limfatyczne gardła (l'adénoïdisme) są prawdziwym niebezpieczeństwem społecznym. Wymagają one zorganizowanej, wytrwałej pracy zapobiegawczej, dającej się przeprowadzić tylko etapami.

Przyczynek do studiów rentgenograficznych w foniatrii (Contribution à l'étude de la radiographie en phoniatrie). Portmann G., Mathey-Cornat R., Rousset H.

jw. Nr. 8 i Nr. 9.

Na rozległą tę pracę pragnę zwrócić uwagę, nie mogąc jej dostatecznie streścić w ramach referatu ograniczę się do podania wniosków ostatecznych. Wyniki rentgenografii krtani w stanie spoczynku i w stanie fonacji są pouczające. Można na rentgenogramach badać nie tylko budowę narządu, lecz także jej odmiany, mutacje, jakoteż rozmiar jamy krtani. Obrazy fonacji są bardzo przejrzyste. Okazało się, że studjum rentgenologiczne krtani wymaga doskonale obsłużonego zakładu, jako też wskazówek i współpracy bardzo doświadczonego rentgenologa. Poprawna interpretacja wymaga całkiem nienagannych rentgenogramów. Należy się przytem posługiwać pewną liczbą obrazów z różnych okresów wieku i z różnych warunków emisji głosu jako testami porównawczymi dla obrazów patologicznych. Nie rozchodzi się przytem o model anatomiczny, lecz o rodzaj średniej przeciętnej stosunków fizjologicznych. Z tym zastrzeżeniem należy uważać rentgenografię jako ważny w przyszłości i nieodzowny czynnik dla badania głosu.

Uzyskane rentgenogramy pozwalają na następujące spostrzeżenia: I) W stanie bezdechu okazuje rentgenogram gardłowo-krtaniowo-tchawiczny obraz „trójpalcowy" (tridigité) odpowiadający trzem piętrom anatomicznym. Są nimi 1) nasopharynx, 2) oropharynx i 3) larynx + hypopharynx. Rozpatrywanie tych trzech elementów służy za podstawę do rozpatrywania charakteru, wysokości i barwy głosu. II) Rozrost krtani dokonuje się w sposób ciągły między 6-tym a 20-tym rokiem życia bez gwałtownych skoków w okresie dojrzewania płciowego. III) Między 20-tym a 50-tym rokiem życia obraz powietrzny krtani jest bez wyjątku jasny, później przeszkadzają zwapnienia. IV) U kobiety rozrost jest powolniejszy, krtań pozostaje mniejsza, w szczególności w porównaniu z rozmiarem u mężczyzny doznaje upośledzenia wymiar strzałkowy. V) Proces kostnienia rozpoczyna się koło 20-go roku życia u mężczyzny, nieco później u kobiety i jest w pełni ukończony koło 60-go roku.

Rozróżnia się trzy typy kostnienia: męski, żeński, mieszany. Proces kostnienia rozpoczyna się typowo w okolicy tylno-dolnej krtani („bloc fondamental d'ossification). Natężenie kostnienia u śpiewaków nie jest większe, niż u innych. VI) Podczas mówienia (phonation parlée) spostrzega się powiększenie objętości krtani i ruch obrazu powietrznego w górę, przy emisji samogłoski „E" także ku przodowi. Podczas fonacji odległość cienia kieszonki Morganiego od dna cienia głównego (fond du cul de sac) pozostaje we wszelkich okolicznościach bez zmiany. U niektórych osobników nie podnosi się krtań podczas fonacji całkiem lub podnosi tylko nieznacznie, wszelako jak zawsze tak i w tych razach podlega rozszerzeniu przestrzeń ponadgłośniowa drogi oddechowej. Stwierdzenie to jest ważne, gdyż okazuje, że można produkować także tony wysokie np. wysokie „e" bez wielkiego wysiłku i bez nadmiernego skurczu mięśni. VII) U śpiewaków obraz gardłowo-krtaniowy jest różny, zależnie od rejestru głosowego. U sopranów obraz ten jest szczu-

pły i rozwinięty głównie w kierunku poprzecznym. Podobny jest obraz u tenorów, co nie dziwi, gdyż jest to najwyższy rejestr głosowy męski. U barytonów zwiększony jest wymiar pionowy i w całości obniżony. Obraz ten jest jeszcze spotęgowany u basistów. Cały obraz przesuwa się w górę i ku przodowi przy równoczesnym zwiększeniu objętości podczas emisji tonów wysokich, przeciwnie dzieje się przy emisji głosów niskich i to u barytonów i basistów w stopniu znaczniejszym przy emisji skali średniej głosów, niż skali najniższej. Zdaje się, że położenie krtani na szyi pozostaje w pewnym związku z rejestrem głosowym. Kobiety śpiewają przy krtani podniesionej, a basiści nawet przy emisji wysokich tonów śpiewają przy nisko umieszczonej krtani.

Autorowie podkreślają, że wszystkie powyższe stwierdzenia są bezwzględnie oryginalne. Pokazują one, że rozpoznania rentgenologiczne krtani, zależne od nienagannej techniki, są znakomitą metodą badania dróg oddechowych podczas fonacji.

Po udoskonaleniu techniki rentgenokinematografia połączona z rejestracją głosu pozwoli na dalsze zwiększenie ścisłości studiów nad narządem głosu. Praca zawiera czterdzieści rycin, w tym dwadzieścia rentgenogramów i dwadzieścia objaśniających je szkiców schematycznych.

A. Schwarzbart.

CHOROBY SKÓRNE I WENERYCZNE.

Dermatologia w r. 1937 (La dérmatologie en 1937). G. Milian L. Brodier.

Paris Médic. 1937, Nr. 3.

Szereg ostatnich spostrzeżeń wskazuje na łączność niektórych schorzeń skóry z niedomogą wydzielniczą żołądka. W takich przypadkach zastosowanie leczenia przetworami żelaza naprzemian z kwasem solnym okazuje się skutecznym sposobem postępowania. Według Chevalier i Moutier pokrzywkom prawie zawsze towarzyszy nieżyt żołądka z niedomogą wydzielniczą i powyższe leczenie przede wszystkim w przypadkach pokrzywki powinno znaleźć zastosowanie. Pochodnymi żelaza udało się, między innymi wyleczyć przewlekły świąd odbytu u osobnika, cierpiącego równocześnie na nieżyt żołądka. U kobiety, cierpiącej od 16-tu lat na napady wypryskowych zmian na skórze, które zakończyły się uogólnionym zapaleniem skóry stwierdzono nieżyt żołądka i jego niedomogę wydzielniczą, a dożylne wstrzykiwania pochodnych żelaza dały znaczną poprawę. W przypadkach liszaja płaskiego stwierdzono również kilkakrotnie przy pomocy gastroskopii anatomiczne zmiany śluzówki, przypominające wykwity liszaja płaskiego w jamie ustnej. Były to przypadki przewlekłe i długotrwałe, w których ,jak wskazywały wywiady, istniały napady bólów w okolicy żołądka i zawsze wykwity na śluzówce jamy ustnej. Wszystkie wymienione schorzenia żołądka zaliczają autorzy do typu alergicznych gastropatii.

Wyprysk jest zdaniem Francka wyrazem nietolerancji skóry, zaznaczającym się powstawaniem pęcherzyków a histologicznie, polegającym na spongiozie. Przebieg kliniczny wyprysku zależy nie tyle od czynnika wywołującego, co od właściwości organizmu. Próby skórne pozwalają podzielić wyprysk na 3 grupy: 1. wyprysk, który jest skutkiem, najczęściej wrodzonej, wrażliwości skóry na jeden tylko czynnik, 2. wyprysk wielouczuleniowy, gdy uczulenie bywa nabyte, stopniowo nasila się i rozszerza na liczne czynniki, 3. wyprysk konstytucjonalny, gdy nie można wykazać uczulenia skóry. Poglądy Francka podzielają inni autorzy i uważają wyprysk za schorzenie alergiczne a niektórzy z nich zwracają szczególną uwagę na takie właściwości podłoża, jak budowa skóry, mała odporność naskórka, skład chemiczny soków organizmu, wrodzona skłonność, zależna często od zaburzeń w wydzielaniu gruczołów dokrewnych lub skłonność nabyta w związku z kiłą, gruźlicą i t. d... Powyższym zapatrywaniom przeciwstawiają się ci, którzy twierdzą, że tylko w znikomej ilości przypadków wyprysku można wykazać obecność uczulenia skóry, przeważnie jednak wyprysk nie jest następstwem uczulenia skóry a tylko jednym z objawów schorzenia przewodu pokarmowego lub układu nerwowego.

Rumień guzowaty u dzieci i osobników młodych jest odczynem skóry na wtargnięcia do krwiobiegu prątków gruźliczych, dowodzą tego szczepienia tkanki chorobowej, bezpośrednie badania i posiewy. Na 29 przypadków rumienia guzowatego u dzieci stwierdził Debré u 8-miu przejściową bacillemię gruźliczą. Lemaire badał odczyny tuberkulinowe w przebiegu rumienia guzowatego; początkowo były one ujemne, ósmego dnia, gdy wykwity już ustępowały dodatnie i szybko się nasilały. U ludzi dorosłych rumień guzowaty często jest pochodzenia gruźliczego, lecz może się pojawić również w związku z innym zakażeniem (kiła, trąd i inne). Według Gougerot rumień guzowaty jest odczynem podłoża uczulonego najczęściej na zakażenie gruźlicze, zalicza on to schorzenie do alergicznych tak, jak zresztą wszystkie wykwity guzowate i w ten sposób tłomaczy powstawanie postaci przejściowych pomiędzy rumieniem guzowatym a rumieniem wysiękowym lub stwardniałym (cr. induratum), jak również dobre wyniki leczenia szczepionkami.

Liszaj czerwony płaski spostrzegano także w jego postaciach nietypowych, jako 1) liszaj na języku z równoczesnym swędzeniem sromu (bez wykwitów) i zliszajowaceniem skóry na łokciach, 2) wyraźne, typowe wykwity na zewnętrznym brzegu kciuka i nieliczne, niewyraźne na przedramionach, 3) barwikowy liszaj utajony na tułowiu z typowymi wykwitami w jamie ustnej, 4) wykwity ułożone w postaci obrączek. Co się tyczy etiologii liszaja płaskiego, zagadnienie to jest nadal otwarte; dodatkowym argumentem, przemawiającym za etiologią gruźliczą tego schorzenia (Milian) są dobre wyniki leczenia solami złota. Barber jest zwolennikiem teorii zakaźnej i na poparcie swego zapatrywania wskazuje na częste podobieństwo w ułożeniu wykwitów liszaja płaskiego do wykwitów półpaśca i opryszczek.

Od czasu, gdy Oppenheim opisał pod nazwą dermatite bulleuse de prés cierpienie powstające pod wpływem ziół i traw, szereg innych autorów stara się wyjaśnić patogenezę tego sezonowego schorzenia. Jedni główną rolę w powstawaniu wykwitów przypisują katalizatorom (chlorofil, kwas salicylowy i t. d.), inni promieniom świetlnym lub cieplnym, inni wreszcie, jak Millian, twierdzą, że wykwity są bezpośrednim skutkiem zetknięcia się z jadowitą rośliną lub z jej włoskami, wydzielającymi jad. Przeciwnie Jausion obwinia głównie stan konstytu-

cjonalny ustroju, a mianowicie przewagę napięcia n. błędnego.

Częste są przypadki zawodowego tatuażu zwłaszcza węglem u górników i u pracowników zwijających na cewki druty miedziane i srebrne, u których tatuaż zajmuje twarz i ręce, tworząc drobne wykwity linijne.

Różnego rodzaju ciała chemiczne podejrzewa się o wywoływanie zmian i cierpień skóry. Próby skórne, głównie naskórkowe pozwalają niekiedy określić przyczynę cierpienia. Z pośród licznych prób najdogodniejsza i najczulsza jest stosowana przez R a b e a u i U k r a i ń c z y k a próba powiekowa. Szereg substancyj, wywołujących dermatozy, jest bardzo długi; opisano kilkanaście przypadków schorzeń skóry u pracujących przy fabrykacji narkotyków, przede wszystkim narceiny; liczne są przypadki zapalenia czerwieni warg od pomadek, przyczem czynnikiem szkodliwym najczęściej bywa eozyna; w przemyśle farbiarskim liczne zachorzenia zawodowe wywołują związki anilinowe. F l a n d i n i jego współpracownicy wykazali, że uczuleni na eozynę nie znoszą równocześnie niektórych środków znieczulających syntetycznych (novocaina, anestezyna i t. d.) zawierających pierwotną grupę aminową. Liczne leki, jak chinina, pochodne bromu, związki barbiturowe, chloral, fenolftaleina i t. d. mogą również wywoływać schorzenia skórne i to zarówno przy zastosowaniu zewnętrznym, jak i podane doustnie.

Pod nazwą chryocyanosis opisano zmiany barwikowe skóry, powstałe w następstwie coraz liczniej stosowanych wstrzykiwań złota. Odróżnienie tych zmian od posrebrowych sprawia znaczne trudności. *Z. Jastrzębska.*

FYTOTERAPIA.

Ożanka nierównoząbkowa (La Germandrée Sauge des Bois: Teucrium Scorodonia L.). P r o f. d r. H. L e c l e r c.

La Presse Médicale Nr. 1/1938.

Zrzadka rozpowszechniona, (wśród naszych lasów i zarośli Górnego Śląska i pod Ciechocinkiem), ożanka nierównoząbkowa — spośród innych roślin wargowych — odznacza się swoistym zapachem całej rośliny, która przy roztarciu w palcach wydziela ostrą woń balsamiczno-czosnkową.

Znana — jako roślina lecznicza — od czasów starożytnych, miała ożanka w dziełach Pliniusza Starszego przypisywane sobie dość niezwykłe własności, którym trudno dziś dać wiarę: u prosiąt, karmionych ożanką, miała — jakoby — zanikać śledziona. Legenda tych „śledzionolytycznych" zdolności trwała jednak dość długo w czas średniowiecza, później przypisywano ożance już tylko skromniejsze znacznie własności przeciwgnilne, używając jej również szeroko jako leku czerwiogubnego.

Obecnie, prof. dr. L e c l e r c wskrzesza ożankę z zapomnienia, przyznając jej — obserwowane przezeń od lat zgórą 30 — s i l n e w ł a s n o ś c i p r z e c i w p o t n e, zwłaszcza u gruźlików, kobiet w okresie przekwitania i rekonwalescentów po ciężkich chorobach.

Równocześnie, ożanka z innymi roślinami wargowymi dzieli zdolności korzystnego wpływania na śluzówkę dróg oddechowych i rozrzedzania wydzieliny oskrzelowej przy wyraźnym działaniu przeciwgnilnym, co uzasadnia jej stosowanie w przewlekłych schorzeniach tchawicy, oskrzeli i płuc.

Zapisywać ożankę można w formie naparu z 5 cz. ziół na 100 cz. wody, lecz w tej formie nie wszyscy zgodzą się ją zażywać ze względu na przykry smak i ostry zapach czosnku. Natomiast, bez przykrości chorzy przyjmują wyciąg płynny z ożanki (50 do 60 kropli przed podstawowymi posiłkami dziennymi: obiadem i kolacją) lub wino ożankowe ze 100 gramów ziela na 1 litr wina, macerowane na ziołach przez dni 8: kieliszek od madery przed każdym posiłkiem.

Wino te, przygotowane w sierpniu, w okresie pełnego rozkwitu ożanki, z dobrze i szybko na słońcu wysuszonego ziela, ma miłą goryczkę i ledwo odczuwalny zapach czosnkowy.

Stabilizacja świeżych roślin, jej wpływ na składniki chemiczne roślin i jej znaczenie w przetworach galenowych [1]). (La stabilisation des plantes fraiches dans ses rapports avec l'étude phytochimique et les applications à la pharmacie galénique). Perrot i Goris.

Extrait du Bulletin des Sciences Pharmacologiques. T. XLII, p. 513.

Po długoletnich studiach przygotowawczych, w roku 1909 profesorowie Sorbony: Emil Perrot i A. Goris opracowali metodę zachowywania żywych roślin w stanie chemicznie niezmiennym przez czas nieograniczenie długi.

Metoda ta opierała się na uprzednio ogłoszonych badaniach Bertranda nad lakkazą, a zwłaszcza Bourquelota nad rozpuszczalnymi fermentami roślinnymi. Ten ostatni był pierwszym z farmakognostów, którzy zaobserwowali całkowitą odmienność wyciągów z roślin świeżych od wyciągów z roślin wysuszonych, podlegających przy procesie suszenia działaniu zawartych w ich sokach diastaz. Przygotowując np. wyciąg z orzechów kola metodą ogólnie przyjętą, otrzymuje się płyn barwy ciemno-czerwonej, zależnej od zmian substancyj garbnikowo-kofeinowych, zawartych w tych orzechach; gdy jednak Bourquelot spróbował wrzucać świeżo zebrane orzechy kola do wrzącego alkoholu, wyciąg w taki sposób otrzymany był tylko lekko żółtawy, co jest dowodem, że substancje czynne koli nie uległy przy tym żadnym zmianom.

Po licznych próbach, Perrot i Goris doszli do wniosku, że — chcąc zachować substancje czynne roślin leczniczych bez zmian — trzeba unieszkodliwić rozkładające je enzymy, poddając roślinę działaniu pary alkoholu. W późniejszych pracach stwierdzili oni, że dla ustalania ciał czynnych w korzeniach, korze, łodygach i nasionach można posiłkować się — zamiast alkoholu — nawet parą wodną pod dużym ciśnieniem.

Technika stabilizacji roślin, używana obecnie, jest następująca: do specjalnych przyrządów typu autoklawów wlewa się odpowiednią ilość alkoholu 95% (lub rzadziej wody) i nagrzewa się je do wrzenia. W chwili, gdy cały przyrząd jest wypełniony parą wlanego płynu, otwiera się go na krótką chwilę i wstawia doń rośliny świeżo zebrane, umieszczone w koszykach z siatki drucianej cynowanej, zabezpieczonych od dołu w ten sposób, aby wrząca ciecz nie przedostawała się do utrwalanych roślin, na które działać powinna tylko para.

Po błyskawicznym wstawieniu koszyków z roślinami i ponownym zamknięciu przyrządu, nagrzewa się go dalej do ½ atmosfery wewnętrznego ciśnienia i w tej temperaturze utrzymuje rośliny przez ściśle określoną ilość minut, po czym ciśnienie wewnętrzne obniża się do 0° i koszyki z roślinami wyjmuje, a rośliny bądź rozkłada się następnie do suszenia, bądź też odrazu poddaje dalszej przeróbce.

Podstawowej wagi sprawą jest stabilizowanie roślin natychmiast po ich zebraniu (dlatego zazwyczaj stabilizacja ta bywa dokonywana w terenie: na plantacjach).

Rośliny ustabilizowane zachowują bez zmiany swe własności lecznicze przez czas nieograniczony; zachowują one barwę swych kwiatów i zieleni (u niektórych jedynie roślin liście po stabilizacji są — jakby — prześwietlone nawskroś).

Nader ciekawy — po stabilizacji roślin — jest przebieg ich suszenia: najtrudniejsze do wysuszenia cebulki roślin (np. Scilla) schną bardzo szybko w normalnej temperaturze i dają się po tym również łatwo proszkować.

Z tych stabilizowanych surowców roślinnych łatwo można otrzymywać wyciągi prawie bezbarwne, dobrze rozpuszczalne w wodzie — tak modne obecnie intrakty; wyciągi alkoholowe z takich surowców wysuszonych nie dają się porównywać nawet z wyciągami alkoholowymi roślin świeżych: przewyższają je one zawartością ciał czynnych, których ilość w wyciągach z roślin świeżych jest bardzo różna i zależna od procentowej zawartości wody w świeżym surowcu roślinnym.

Stabilizacja roślin, zapoczątkowana na roślinach leczniczych, obecnie zwycięsko przeszła już na roślinne surowce przemysłowe. Przystąpiono już do stabilizacji ziarn kakao, która, usuwając szkodliwe zmiany tego ziarna, niewątpliwie zreformuje przemysł czekoladowy; stabilizują też orzechy palmowe celem otrzymania najlepszych gatunków oleju palmowego o małej zawartości kwasów tłuszczowych: olej z orzechów palmowych, produkowany dotychczasowymi metodami (tłoczony przez tuziemców) zawiera od 10 do 20% kwasów tłuszczowych, wytłaczany z orzechów, stabilizowanych przegrzaną parą wodną, — nie zawiera nawet jednego ich procentu.

---

[1]) Niema dnia prawie, aby referent działu fytoterapii „Wiedzy Lekarskiej" nie był zapytywany, — telefonicznie i pisemnie, — co znaczy określenie, spotykane na etykietach specyfików roślinnych: „Wyciąg roślinny stabilizowany", wzgl. czy proces stabilizacji wyciągów roślinnych ma znaczenie istotne dla lekarza praktyka i skuteczności leku. Odpowiedzią zbiorową na te pytania i wątpliwości niech będzie to streszczenie krótkiej, lecz pełnej treści pracy dwóch znakomitych fytoterapeutów francuskich, prof. prof. Perrot i Goris, twórców cennej metody utrwalania czynnych składników chemicznych w roślinach świeżych. — (Przyp. Refer.).

Działanie fizjologiczne silnie działających środków czyszczących: 1. Żywice roślin powojowatych. (L'action physiologique des purgatifs drastiques: 1. Résines de Convolvulacées). G. V a l e t t e.

Extrait du Bulletin des Sciences Pharmacologiques. T. XLIV/1937, p. 328—370.

Badania, które referowany autor przeprowadzał uprzednio (łącznie z S a l v a n e t e m) nad działaniem czyszczącym oleju rycynowego, doprowadziły go do wniosku, że środek ten działa na śluzówkę przez swe pochodne alkaliczne, posiadające zdolność czynienia lecytyny rozpuszczalną w środowiskach wodnych.

W dalszym toku swych badań autor postawił hypotezę, że i inne silne środki czyszczące nie czemu innemu zawdzięczają swe działanie fizjologiczne, i hypotezę tę udowodnił w omawianej pracy doświadczalnie, posiłkując się 3 żywicami o działaniu drastycznym: c o n v o l v u l i n ą z rośliny Exogonium Purga, j a l a p i n ą z Ipomea orizabensis i s k a m o n i n ą (jalapiną) z żywicy socznicowej, pochodzącej z korzeni powoju przeczyszczającego: Convolvulus Scammonia.

Szeregiem bardzo starannie wykonanych badań in vitro, z jednej strony nad działaniem żółci na rozpuszczalność lecytyny, zemulgowanej w wodzie, a z drugiej — nad działaniem na taką samą emulsję lecytynową żółci, zadanej każdą z badanych żywic, autor ustalił z całkowitą pewnością:

1) że zdolność żółci rozpuszczania lecytyny wzmaga się znacznie (19-krotnie), gdy dodamy do żółci nawet nikłe dawki convolvuliny lub jalapiny;

2) że dodatek tych żywic do soli żółciowych potęguje niepomiernie (od 400 do 2800 razy) szkodliwe działanie hemolityczne tych soli;

3) że działanie czyszczące badanych żywic na ustrój jest identyczne z działaniem czyszczącym oleju rycynowego i — jak on — wpływa na śluzówkę jelit, rozpuszczając lecytyny. Wszystkie więc te środki czyszczące — nieobojętne dla ustroju — zasługują na nazwę: „ś r o d k ó w c z y s z c z ą c y c h l i p o l y t y c z n y c h".

Wład. Biernacki.

K O M U N I K A T Y

✻

Redakcji „Wiedzy Lekarskiej" udało się uzyskać, do najbliższego numeru rozdział z będącej w druku części drugiej drugiego tomu **Patologii i Terapii Szczegółowej Chorób Wewnętrznych prof. Witolda Orłowskiego,** (stron przeszło 600), zawierającej choroby opłucnej, gruźlicę płuc i choroby śródpiersia.

Dzieło ukaże się w **ograniczonej** liczbie egzemplarzy w kwietniu rb. By udostępnić książkę, cena w **przedpłacie** została wyznaczona tylko na 15 złotych, z przesyłką 17 złotych, w oprawie płóciennej 18 zł, z przesyłką 21 zł. Przedpłatę uiszcza się przez wpłacenie blankietem P. K. O. Nr. 41.538 **najpóźniej do dnia 5 marca br.**

PP. Subskrybentom, życzącym mieć tom II, cz. 1 (Choroby oskrzeli i płuc), będzie ta książka wysłana po wpłaceniu na konto czekowe P. K. O. Nr. 41.538 kwoty 16 zł za egzemplarz nieoprawiony (19 zł za egzemplarz oprawiony).

Po zamknięciu przedpłaty cena książki będzie znacznie podwyższona.

Wydanie drugie tomu I (Choroby narządu krążenia) ukaże się na jesieni br.

✻

W Instytucie Radowym im. Marii Skłodowskiej-Curie w Warszawie odbędzie się w dniach 7 — 19 l u t e g o 1938 r. włącznie Kurs dokształcający dla lekarzy z dziedziny nowotworów złośliwych, urządzony przez Instytut Radowy im. Marii S k ł o d o w s k i e j - C u r i e, przy współudziale Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego z zapomogą Fundacji im. Jakuba hr. Potockiego.

Kurs obejmować będzie wykłady oraz zajęcia praktyczne. Wykłady będą się odbywać w godzinach popołudniowych, zajęcia praktyczne w godzinach rannych.

Opłata za kurs wyniesie zł. 30.—

Będą wygłoszone wykłady następujące:

1. Przyczyny powstawania nowotworów złośliwych — Prof. K. Pelczar
2. Obecny stan badań doświadczalnych nad nowotworami złośliwymi — Dr Z. Zakrzewski
3. Serodiagnostyka w nowotworach złośliwych — Prof. L. Hirszfeld
4. Społeczna walka z rakiem — Dr B. Wajnert
5. Zarys histo - patologii nowotworów złośliwych — Dr J. Laskowski
6. Rentgenodiagnostyka w nowotworach złośliwych — Doc. W. Zawadowski
7. Podstawowe objawy kliniczne w nowotworach złośliwych i najczęstsze błędy, popełniane w ich rozpoznawaniu — Dr Fr. Łukaszczyk
8. Zasady leczenia chirurgicznego — Doc. J. Rutkowski
9. Zasady leczenia energią promienistą — Dr Fr. Łukaszczyk
10. Nowotwory złośliwe skóry i otworów zewnętrznych dróg naturalnych — Dr J. Laskowski
11. T. zw. stany przedrakowe skóry — Prof. M. Grzybowski
12. Nowotwory złośliwe centralnego i obwodowego układu nerwowego — Dr J. Choróbski
13. Nowotwory złośliwe narządu wzrokowego — Prof. J. Lauber
14. Nowotwory złośliwe nosa, gardła, krtani i uszu — Doc. D. Zuberbier
15. Nowotwory złośliwe szyi — Doc. J. Rutkowski
17. Nowotwory złośliwe płuc i śródpiersia — Prof. Z. Górecki
18. Nowotwory złośliwe sutka; stany przedrakowe sutka — Prof. Z. Radliński
19. Nowotwory złośliwe przewodu pokarmowego — Doc. J. Rutkowski
20. Nowotwory złośliwe macicy i pochwy — Doc. H. Beck
21. Nowotwory złośliwe przydatków — Prof. T Wiczyński

22. Zaśniady i nabłoniak kosmkowy złośliwy — Doc. T. Zawodziński
23. Nowotwory złośliwe narządu moczowego i gruczołów płciowych — Dr St. Czubalski
24. Nowotwory złośliwe kości i kończyn:
    a) Rentgenodiagnostyka — Doc. A. Elektorowicz
    b) Klinika — Prof. A. Wojciechowski
25. Nowotwory złośliwe układu krwiotwórczego — Dr. Z. Galinowski
26. Czynniki wpływające na wybór metody leczenia w nowotworach złośliwych — Dr Fr. Łukaszczyk
27. Leczenie ogólne w nowotworach złośliwych — Dr Fr. Łukaszczyk
28. Postępowanie w przypadkach nieuleczalnych — Prof. A. Wojciechowski

Zajęcia praktyczne.

Przyjęcia chorych w Przychodni Instytutu Radowego, badania, rozpoznawanie, stawianie wskazań leczniczych, pobieranie wycinków próbnych, odczytywanie klisz, zapoznawanie się z metodami leczniczymi i t. d.

Zgłoszenia przyjmuje Sekretariat Kursu: Dr H. Noblinówna — Warszawa 22, Instytut Radowy, Wawelska 15 — tel. 9.37-38.

*

W okresie od dnia 26 stycznia do dnia 16 marca 1938 r. odbędzie się 7-mio tygodniowy Kurs uzupełniający dla lekarzy pt. „Gruźlica i jej zwalczanie", zorganizowany przez Polski Związek Przeciwgruźliczy z poparciem Ministerstwa Opieki Społecznej i z współudziałem Wydziału Lekarskiego Uniwersytetu Józefa Piłsudskiego w Warszawie.

Program Kursu uwzględni przede wszystkim studia praktyczne jak również obejmie 47 godz. wykładów teoretycznych z dziedziny rozpoznawania, leczenia i walki społecznej z gruźlicą. Studia praktyczne będą polegały na odbyciu praktyki w zakresie gruźlicy wewnętrznej w klinice, szpitalu i sanatorium, jak również na dokładnym zaznajomieniu się z pracą w poradniach przeciwgruźliczych, ze szczególnym uwzględnieniem techniki zakładania odmy oraz rentgenodiagnostyki.

Kurs jest bezpłatny: pierwszeństwo w przyjęciu na kurs jak również i w otrzymaniu stypendium będą mieli kandydaci, którzy już pracują w instytucjach przeciwgruźliczych.

Pożądane jest, aby kandydaci zgłaszający się na kurs przejrzeli literaturę, tyczącą się podstawowych wiadomości o gruźlicy.

RECENZJE

*

Les lesions organiques du coeur. Organiczne uszkodzenie serca. Masson. Paris.

Studium kliniczne, anatomiczne i terapeutyczne przed R. Lutembachera wydane w roku 1936 przez Massona jest atlasem, przedstawiającym w rozmiarach naturalnych ważniejsze zmiany organiczne serca. Wydawnictwo to wspaniałe tak pod względem doboru materiału klinicznego, jak i techniki wydania, ilustruje nietylko ważniejsze zmiany organiczne serca, ale przedstawia w krótkich charakterystycznych zarysach ich przebieg i klasyfikację. Pomnikowe to dzieło jest niezmiernie cennym źródłem pomocniczym dla wykładów klinicznych i anatomo-patologicznych.

*

L'émbolie pulmonaire. Zawał płucny przez Piotra Bardina. Paris. Masson. 1936.

Jest to monografia, przedstawiająca na 192 stronicach istotę zawałów płucnych.

Autor omawia w pierwszych rozdziałach częstość i przyczyny zawałów płucnych, zastanawia się nad wpływem czynników pochodzenia żylnego i krążeniowego oraz składu krwi na ich powstawanie, przedstawia ich obraz kliniczny. W badaniach doświadczalnych na psach doszedł autor do przekonania, że nagła śmierć zwierzęcia występuje nie przy zawałach o dużych rozmiarach, ale wprost przeciwnie przy zawałach bardzo drobnych. Nagły zgon jest prawdopodobnie spowodowany odruchem wyzwolonym przez cząsteczki zawału z zakończeń nerwowych, znajdujących się w ścianach tętnic płucnych.

Autor omawia anatomię patologiczną doświadczalnych zawałów płucnych i przypuszcza, że przekrwienie płuc w sąsiedztwie zawału jest tak, jak i nagły zgon następstwem odruchu neuro-wegetatywnego. Badając w następstwie drogi tego odruchu dochodzi autor do wniosku, że wychodząc z zakończeń nerwowych tętnic płucnych idzie on dalej drogą nerwów, błędnych lub współczulnych, poprzez korzonki tylne rdzenia szyjnego do ośrodków oddechowych i sercowych, zkąd wychodzi bodziec hamujący czynności serca. Autor omawia w końcu podobieństwa zawałów płucnych z zawałami innych narządów wreszcie leczenie i zapobieganie powstawaniu zawałów.

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. E. Reicher, Polna 40, Tel. 9.54-54.*
Wydawca: Spółka Wydawnicza „Wiedza Lekarska".
Adres redakcji i administracji. Warszawa, Kaliska 9. Tel. 924-39.
Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8, kwartalnie zł. 2. Konto P. K. O. 15.785.

Zakł. Graf. „DRUKPRASA". Sp. z ogr. odp. Nowy-Świat 54. Tel.: 615-56 i 242-40.